SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.

Section "Programmation et Agrément"

Bruxelles, le 11/09/2003

Réf. : CNEH/D/PSY/229-1 (*)

AVIS RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN SOINS DE SANTE MENTALE

LE PRÉSIDENT,

signé

Pr. J. JANSSENS

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 11 septembre 2003.

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN SANTE MENTALE
Avis

PLAN

Introduction : la problématique des personnes âgées est une priorité

1. Caractéristiques de la personne âgée

2. Caractéristiques de la demande de soins

3. Public-cible d'un circuit de soins en santé mentale pour personnes âgées

4. Offre de soins de santé mentale dans le cadre d'un circuit de soins pour personnes âgées
    a. Programme de soins
    b. Fonctions de soins
    c. Modules de soins
    d. Sous-populations

5. Acteurs de santé mentale en présence : potentialités et limites des structures existantes

6. Mise en place de réseaux de soins de santé mentale et de circuits de soins de santé mentale : dépasser les limites actuelles
    a. Les difficultés à surmonter
    b. Le développement d'un travail en réseau
    c. La mise en place du réseau

Annexes :
- Annexe 1 : Illustration des différentes étapes de mise en place d'un circuit de soins de santé mentale pour personnes âgées
- Annexe 2 : Quelques chiffres illustrant les modes de prise en charge des personnes âgées présentant des troubles de santé mentale
- Annexe 3 : Acteurs en présence : potentialités et limites

Ont participé à la rédaction de cet avis :
Mmes et MM. Wilmotte, Van Holsbeke, Igodt, Roussaux, Frogneux, Du Laing, Bostyn, Tibaux, van der Brempt (membres du groupe de travail permanent « psychiatrie »
Mmes et MM. Meire, Bouckaert, Warzé, Windey, Nassen, Debersaques, Verniest, Ven de Ven, Monteyne (experts invités).

INTRODUCTION : LA PROBLEMATIQUE DES PERSONNES AGEES EST UNE PRIORITE

Dans le contexte démographique actuel de notre société, on constate un accroissement du nombre de personnes âgées et, en même temps, une augmentation de l'espérance de vie. Ce phénomène s'accompagne d'un nombre croissant de déclarations politiques et de rapports de recherches concernant l'importance des soins aux personnes âgées dans toutes leurs composantes[1]. Ces préoccupations apparaissent aux différents niveaux de pouvoirs et aussi bien dans le domaine des soins de santé que dans les autres domaines. En outre, on constate un glissement manifeste de la logique d'offre de soins vers la logique de demande de soins, traduisant une volonté d'adapter l'offre pour mieux répondre à la demande.

En Belgique, plus d'une personne sur cinq a 60 ans ou plus, plus de la moitié d'entre elles ont atteint l'âge de 70 ans (12% de la population – plus de 1.200.000 personnes) et la population de 80 ans et plus représente encore plus de 3.5% de la population totale, soit plus de 375.000 personnes. La plupart de ces personnes ne sont plus « dans la vie active » : moins de 100.000 personnes ont encore un emploi dans la tranche d'âge de 60 ans et plus. Enfin, il n'est sans doute pas inutile de souligner que plus de la moitié de ces personnes ont un très faible niveau de formation (enseignement primaire ou moins).

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente réflexion relative aux soins de santé mentale en faveur du groupe-cible des personnes âgées, avec, comme corollaire :

- un besoin évident de coordonner les initiatives entre les différents niveaux de pouvoirs, mais également entre le monde de la santé et les autres formes de réponses aux demandes de soins des personnes âgées ; dans ce cadre, le rôle d'une Conférence Interministérielle est essentiel ;
- une volonté de développer des coordinations et des collaborations entre les différents acteurs et les différents secteurs qui sont susceptibles de répondre aux besoins de soins des personnes âgées.

La conceptualisation de circuits de soins de santé mentale pour personnes âgées conduit alors à prendre en considération les différents niveaux sur lesquels les problèmes rencontrés par la personne âgée sont posés et les différents axes de politique qui peuvent être mis en œuvre pour y donner réponse. Dans cette vision, les problèmes de santé (mentale) et les politiques de santé (mentale) constituent une composante spécifique mais qui ne peut être réellement isolée de l'ensemble.

[1] Diverses initiatives politiques illustrant l'intérêt pour la problématique : « La psyché : le cadet de mes soucis » (Min. Aelvoet et Vandenbroucke) ; « Actief ouderen worden » (Min. Vandenbroucke) ; « Geintegreerde Diensten Thuiszorg » ; « Naar een vernieuwd Vlaams Ouderenbeleid » ; « Zorgdecreet » ; « Les soins de santé de première ligne », etc.

La problématique globale du présent avis est basée sur une description de certaines caractéristiques de la personne âgée (point 1) et, plus particulièrement, de certaines composantes spécifiques de la demande de soins émanant des personnes âgées (point 2).
La délimitation du groupe-cible des personnes âgées par rapport aux adultes et aux enfants/adolescents (point 3) résulte de l'application d'une orientation générale pour les futurs soins de santé mentale, dans le sens d'un découpage reconnaissable en tranches d'âge qui génèrent chacune des formes de collaborations spécifiques dans le processus de soins.
Une description de l'offre de soins de santé mentale en termes de modules (point 4) vise à permettre une politique orientée selon des accents nouveaux visant à définir un programme de soins du circuit de soins qui corresponde à la demande de soins.
Ce contenu des soins fait partie, et se présente donc comme complémentaire, par rapport aux structures existantes ou aux actuels établissements qui tentent de rencontrer les problèmes de santé mentale des personnes âgées (point 5). Il s'agit des principaux acteurs présents dans le champ actuel des soins de santé mentale pour personnes âgées, chacun présentant ses propres potentialités et limites.
A l'issue d'une description du groupe-cible et du contenu des soins de santé mentale, le présent avis conclut avec quelques suggestions visant à la mise en place de circuits de soins (point 6), celles-ci devant permettre de dépasser les limites décrites et d'optimaliser les potentialités en termes de soins de santé mentale pour personnes âgées.

1. CARACTERISTIQUES DE LA PERSONNE AGEE

A l'âge de 60 ans, beaucoup de personnes sont encore en bonne santé et poursuivent des activités diverses, dans le cadre de la cellule familiale ou à l'extérieur. Mais au fil du temps, souvent, non seulement le vieillissement peut engendrer des troubles d'ordre somatique ou (neuro-)psychiatrique, mais c'est aussi tout l'environnement de vie qui tend à se modifier : contexte social, culturel, économique, mais également le regard que la personne porte sur elle-même dans ce contexte.

La perte progressive de l'autonomie engendre petit à petit l'inactivité et l'isolement.
Ces éléments sont encore renforcés lorsque, progressivement, les relations sociales avec les personnes de la même génération se perdent.
Un pouvoir d'achat réduit est également parfois un frein à l'autonomie, mais il peut également engendrer des pratiques de vie « déséquilibrées » (par exemple en termes d'alimentation ou d'hygiène).
Enfin, le développement de pathologies somatiques multiples, même si elles sont relativement bénignes, entraîne une consommation médicamenteuse croissante dont les effets secondaires peuvent être préjudiciables.

Isolement, deuil, inactivité, alimentation ou hygiène déficiente, médication importante sont autant d'éléments susceptibles de générer des troubles mentaux plus ou moins importants : perte de la notion du temps, pertes de mémoire, désorientation, dépression, etc.
Dans ce contexte, la problématique de la « santé mentale » des personnes âgées est loin de se limiter à la prise en charge des pathologies psychiatriques « classiques » que l'on peut rencontrer dans l'ensemble de la population.

Or, aujourd'hui, l'apparition de troubles psychiques ou neuro-psychiatriques chez les personnes âgées est encore bien trop souvent perçue comme un phénomène « normal » lié au vieillissement. La personne elle-même, mais également son entourage, voire même le médecin de famille, tendent à accepter ces évolutions avec un certain fatalisme…

C'est alors la situation extrême qui provoque une réaction : soit la situation devient insupportable pour l'entourage, soit elle devient trop risquée pour la personne elle-même, soit un facteur somatique exige une prise en charge extérieure. C'est donc souvent après une situation de « crise » que l'on envisage une mise en observation ou un placement.
Bien plus, lorsqu'un placement est envisagé, c'est encore souvent vers une structure comme la maison de repos, qui n'est pas toujours équipée de manière optimale, tout comme la famille elle-même, pour une prise en charge adaptée aux problèmes de santé mentale de la personne âgée.

2. CARACTERISTIQUES DE LA DEMANDE DE SOINS

Du fait du caractère multidimentionnel des problèmes rencontrés par les personnes âgées et des interrelations entre les composantes physiques, sociales, économiques, culturelles, affectives et psychiques, la demande de soins – et en particulier la demande de soins de santé mentale - n'est souvent pas clairement identifiée lorsqu'une demande d'aide est formulée. Tant dans le chef de la personne qui exprime la demande (la personne âgée elle-même ou un membre de la famille ou une autre personne de l'entourage, prestataire ou non) que dans le chef de l'interlocuteur qui reçoit la demande, il y a souvent un écart important entre la demande exprimée et le besoin d'aide sous-jacent.

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce phénomène :

- culturellement et socialement, certains besoins s'expriment plus aisément que d'autres : les problèmes psychiques ou les problèmes financiers sont plus difficiles à « avouer » qu'une maladie somatique ou un problème de logement.
- quand un tiers s'exprime au nom de la personne âgée, il est difficile pour lui d'exprimer le besoin réel ressenti par la personne âgée ; en outre, du côté de l'interlocuteur, il est aussi difficile de distinguer dans la demande ce qui relève du besoin de la personne âgée et ce qui est lié à la personne (famille ou entourage) qui exprime la demande : la demande de placement en maison de repos exprime-t-elle un besoin de la personne âgée ou de l'entourage ?
- le contexte dans lequel la demande est exprimée (type d'institution ou type de prestataire) influence la formulation et l'interprétation de la demande : adressée à un médecin généraliste, la demande sera exprimée et comprise en termes de santé ; adressée à un service d'aide familiale, elle sera exprimée et comprise en termes de besoin d'aide ménagère, etc.
- l'expérience antérieure influence le choix de l'interlocuteur auprès de qui la demande est adressée et la formulation de la demande : l'interlocuteur qui, par le passé, a donné une réponse satisfaisante à une demande sera éventuellement privilégié ; par contre, une expérience antérieure insatisfaisante, par exemple pour répondre à un besoin d'aide pour les tâches ménagères, incitera à exprimer le besoin sous une autre forme.

Ces divers phénomènes tendent à « brouiller » la demande d'aide ou de soins et son interprétation est d'autant plus difficile que, pour les personnes âgées, les différents niveaux de problèmes ont tous une probabilité élevée.

Aussi, pour définir le type de réponse adéquate, et notamment identifier l'existence d'une demande de soins de santé mentale, il est important de « décoder » la demande exprimée, en tenant compte des facteurs externes qui peuvent encore influencer la demande et sa réponse :

1. Un besoin ne sera traduit en demande d'aide ou de soins que s'il est perçu comme un problème. Ce dernier peut être vécu et s'exprimer en termes de santé, mais également par rapport à une situation familiale, un logement, une aide matérielle, un environnement social, etc.

2. La demande d'aide ou de soins sera fonction de l'offre disponible et de la connaissance de cette offre par la personne âgée ou son entourage. Dans ce cadre, les politiques engagées ont une importance évidente : la mise à disposition de services est susceptible de faire émerger des demandes ou de les orienter de manière plus adéquate.

3. Un décryptage correct de la demande d'aide ou de soins permet d'orienter la personne âgée vers le prestataire le mieux à même d'y apporter réponse. Cette démarche suppose cependant aussi une analyse des « compétences résiduelles » de la personne, c'est-à-dire de sa capacité à adhérer à la réponse qui lui est proposée et à en tirer un bénéfice qui réponde effectivement à son besoin.

4. La connaissance réciproque des acteurs en présence et notamment la connaissance des spécificités, qualifications et spécialisations offertes par chacun des acteurs, permet d'orienter la personne vers le prestataire le plus à même d'apporter une réponse à la demande d'aide ou de soins. Dans ce cadre, le travail en réseau apparaît particulièrement utile, tant pour réorienter une personne vers un prestataire mieux à même de répondre à sa demande, que pour compléter une première réponse par une aide complémentaire (de manière simultanée ou consécutive).

5. Concrètement, les demandes d'aide ou de soins peuvent se situer dans différents domaines du fonctionnement de la personne et traduire un « dysfonctionnement » sur différents niveaux :
   - la structuration du temps : rythme des jours et des nuits
   - l'occupation du temps libre
   - les relations interpersonnelles
   - les activités instrumentales de la vie journalière (entretien, cuisine, transport, etc.)
   - les activités liées aux fonctions de base de la vie journalière (se nourrir, se vêtir, se laver, aller aux toilettes, etc.)
   - se mouvoir et se déplacer (déplacements lit-chaise-toilette, d'une pièce à l'autre)
   - les fonctions cognitives : orientation, langage, etc.
   - les fonctions affectives : attitude par rapport à l'environnement

   En ce qui concerne les soins de santé mentale, les domaines et niveaux de fonctionnement seront traduits en termes de symptômes et de diagnostic.

6. Enfin, l'analyse des demandes et besoins de soins ou d'aide doit mener à des choix et des orientations politiques : politique visant à canaliser les demandes, à diversifier l'offre, à renforcer certains secteurs, à spécialiser les acteurs, etc. Les choix politiques menés aux différents niveaux de pouvoir vont alors jouer un rôle déterminant dans la manière de donner réponse et dans la capacité à donner réponse aux besoins des personnes âgées.

3. PUBLIC-CIBLE D'UN CIRCUIT DE SOINS DE SANTE MENTALE POUR PERSONNES AGEES

La définition du groupe-cible n'est pas simple. On ne peut ni le cerner par une limite d'âge absolue, ni par un type précis de pathologie :

- certains patients sont atteints d'un « vieillissement précoce » aux âges de 40/45 ans et souffrent de pathologies neurologiques dégénératives comparables à celles que peuvent présenter des personnes âgées;
- certaines personnes âgées présentent des troubles psychiques dont l'origine est essentiellement imputable à un mode de vie inadapté (solitude, médication, alimentation déficiente, etc.) ;
- les personnes âgées souffrant de troubles (neuro-)psychiatriques peuvent tout aussi bien relever de la géronto-psychiatrie (patients psychiatriques devenus âgés) que de la psycho-gériatrie (personnes âgées chez qui des troubles (neuro-)psychiatriques apparaissent). Ces deux profils peuvent se distinguer, tant dans l'évolution que dans l'intensité des symptômes;
- enfin, la prise en charge d'une personne âgée présentant des troubles psychiques sera sensiblement différente selon le degré de dépendance physique qu'elle présente.

Ces quelques constats témoignent de l'hétérogénéité du public-cible et justifient la mise en place de modes de prise en charge multiformes et synchronisés, tant préventifs que curatifs. En effet, au fil du temps, la dégénérescence liée à la pathologie (neuro-)psychiatrique et/ou l'aggravation de la dépendance physique vont demander une adaptation de la prise en charge.

On pourrait alors tenter de définir le public-cible visé ici par *l'ensemble des personnes âgées qui nécessitent une prise en charge psychiatrique ou neuro-psychiatrique ou des soins de santé mentale, combinés ou non avec des soins physiques, ou pour lesquelles, compte tenu de leur vieillissement (naturel ou pathologique) et de leur état de santé mentale, on peut raisonnablement prédire qu'ils nécessiteront, à court ou moyen terme, une telle prise en charge*.

Compte tenu de l'organisation socio-professionnelle de notre société, il est réaliste de considérer que les personnes concernées se situeront majoritairement dans une tranche d'âge supérieure à 60/65 ans. En effet, l'ensemble de cette population est susceptible de rencontrer des problématiques semblables, potentiellement génératrices de troubles psychiques et souvent cumulatives : modifications dans l'occupation du temps libre, recherche d'un sentiment d'utilité, perte de pouvoir économique, perte de statut socio-professionnel, etc.

Certaines sous-populations, et notamment certaines pathologies qui relèvent de la psycho-gériatrie, concerneront majoritairement des personnes plus âgées. Ceci illustre la possibilité de distinguer, au sein du groupe-cible des personnes âgées, des sous-populations recontrant des problématiques, par ex. des pathologies, plus spécifiques et justifiant des orientations politiques particulières en termes de programmes de soins et de continuité des soins.

4. OFFRE DE SOINS DANS LE CADRE D'UN CIRCUIT DE SOINS DE SANTE MENTALE POUR PERSONNES AGEES

La réorganisation de l'offre de soins dans le cadre d'un réseau associant les divers acteurs de soins qui, aujourd'hui déjà, assurent la prise en charge de personnes âgées doit s'accompagner d'une politique de développement de programmes de soins, d'une définition des fonctions de soins qui doivent être assurées, d'une concrétisation en modules de soins particuliers destinés à la prise en charge de certaines sous-populations (voir **annexe 1** : les différentes étapes de mise en place d'un circuit de soins de santé mentale pour personnes âgées).

1. La logique qui sous-tend une politique de développement de **programmes de soins** de santé mentale doit, d'une part, intégrer l'ensemble des demandes de soins du groupe-cible dans la mesure où ces demandes laissent apparaître un besoin de soins de santé mentale et, d'autre part, assurer une prise en charge intégrée qui assure une réelle continuité des soins. L'approche visant à organiser le circuit de soins doit donc être globale et porter une attention particulière aux échanges et communications entre les acteurs en présence.

2. Les missions qui doivent être assurées au sein du circuit de soins de santé mentale peuvent être définies en termes de **fonctions de soins**, chacune d'elles définisant un objectif global susceptible d'être assurée par plusieurs acteurs. Il y a un consensus autour de 8 fonctions de soins principales : accueil et orientation, indication et diagnostic, traitement (court ou long), éducation psycho-sociale (revalidation), soins complémentaires, accompagnement et soutien, dispensation de services (concertation et formation), activation (structuration de la vie journalière) – (voir annexe 1).

3. Les fonctions de soins peuvent être développées selon des modalités diverses, et donc sur la base différentes règles, en vue d'être accessibles à chacun tout en respectant les compétences résiduelles de chacun : une même fonction de soins peut être assurée par une structure résidentielle, en ambulatoire, par une équipe mobile ou une fonction de liaison, au domicile de la personne, etc. Ces différentes modalités de prestations peuvent constituer autant de **modules de soins** spécifiques ou peuvent constituer un module de soins à partir d'une combinaison de modalités.

4. Selon les **sous-populations** concernées, il est possible de définir des modules de soins spécifiques qui seront nécessaires pour assurer l'ensemble des fonctions de soins pour cette sous-population (dans une optique de continuité des soins) tout en tenant compte des compétences résiduelles des patients : les patients qui présentent des problèmes de démence demanderont une autre prise en charge que les patients dépressifs ou les patients présentant une accoutumance à des substances médicamenteuses ; de même, selon l'apport que peut offrir le milieu familial ou social, des soins ambulatoires ou à domicile seront plus ou moins à même de répondre au besoin de soins.

5. Le circuit de soins de santé mentale sera donc, au départ des acteurs de santé mentale en présence, organisé en modules de soins visant à assurer l'ensemble des fonctions de soins pour les différentes sous-populations présentes parmi la population âgée.

Cette organisation des soins de santé mentale pour les personnes âgées veillera en outre, compte tenu des particularités des personnes âgées :

- à développer ou à conserver des liens de collaboration étroits avec les acteurs qui, hors du champ de la santé mentale, sont susceptibles de compléter la prise en charge des personnes âgées sous la forme de soins somatiques ou sous la forme d'aides sociales et matérielles
- à réévaluer régulièrement le fonctionnement global de la personne au-delà de la dimension de santé mentale afin de tenir étroitement compte des interdépendances importantes entre les divers niveaux des différents domaines de fonctionnement (cfr point 2, notamment se mouvoir et se déplacer, santé somatique, environnement social, contexte économique, etc.)
- à ajuster graduellement la prise en charge en fonction des potentialités et des limites des personnes, dans la mesure où ces éléments peuvent varier significativement dans le temps.

Le programme de soins représente un cadre dans lequel sont offerts des soins avec un maximum de cohérence, de continuité et de complémentarité. Il constitue donc un mode d'organisation des soins au sein duquel le contenu des soins doit être adapté à chaque patient individuel : le « plan de soins » individuel d'un patient se construira progressivement en fonction de ses propres besoins et aptitudes.

Même dans le cadre de la prise en charge d'une sous-population, il faut adapter la prise en charge de chacun en tenant compte de l'évolution de sa pathologie, de ses compétences résiduelles, de ses potentialités à revaloriser et de ses limites.

Pour développer de telles prises en charge « sur mesure », la complémentarité et la diversification de l'offre de soins, au départ des acteurs présents, constituent la base du fonctionnement du circuit de soins. Toutefois, contraints par une offre de soins limitée, les partenaires du réseau qui organisent le circuit de soins devront encore pouvoir faire des arbitrages face aux demandes de soins auxquelles ils peuvent souhaiter ou non répondre.

5. ACTEURS EN PRESENCE : POTENTIALITES ET LIMITES DES STRUCTURES DE SANTE MENTALE EXISTANTES

L'**annexe 2** présente quelques statistiques relatives à la prise en charge actuelle des personnes âgées présentant des troubles psychiques. Bien que très partielles, ces données révèlent cependant de manière significative que ces prises en charge dépassent largement la sphère des acteurs traditionnels de la santé mentale.

En effet, à l'heure actuelle, la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques est assurée par de multiples acteurs, notamment des structures traditionnelles de soins de santé mentale[2] :

- dans des services hospitaliers psychiatriques : services A, T, Sp psychogériatriques ;
- dans des services hospitaliers non psychiatriques : services G
- dans des structures psychiatriques résidentielles : maisons de soins psychiatriques ou initiatives d'habitations protégées ;
- dans d'autres structures résidentielles : maisons de repos, maisons de repos et de soins ou résidences-services ;
- dans des services de prise en charge de jour : hôpitaux de jour, centres de jour ou centres de soins de jour ;
- à domicile, dans le cadre des services à domicile ou autres formes (expérimentales) de soins en situation de domicile ;
- en ambulatoire, notamment par les centres de santé mentale…

L'**annexe 3** décrit les potentialités et limites que rencontrent ces différents types de structures dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques, ainsi que leur public-cible respectif. Cette description met en exergue les situations dans lesquelles la prise en charge devient difficile ou inappropriée. Il s'agit d'identifier où le circuit de soins doit pouvoir apporter des réponses en termes de prise en charge mieux adaptée aux besoins et en termes de continuité de la prise en charge.

On peut résumer les différents éléments comme suit :

- **Les services Sp psychogériatriques**
  Groupe-cible selon les normes : les patients atteints d'affections psychogériatriques
  Fonction : traitement, activation, psycho-éducation, accompagnement
  Modalité : résidentiel, mais de durée limitée
  Problèmes rencontrés par la prise en charge : difficulté du transfert des patients stabilisés ; manque de moyens pour rechercher un milieu de vie adapté, informer le milieu d'accueil des difficultés et limites de la personne, assurer un suivi du patient après son transfert, etc. ; manque de moyens pour assurer le suivi médical somatique *;*

[2] Le présent avis, orienté vers le travail en réseau du secteur de la santé mentale, aborde prioritairement la problématique de la prise en charge des personnes âgées dans le cadre des actuelles structures de santé mentale ou autres structures d'hébergement des personnes âgées. Il ne faut cependant pas oublier qu'une part de cette prise en charge est également assurée en cabinet médical privé, en polyclinique, en maison médicale ou en milieu hospitalier non psychiatrique par des médecins psychiatres, neuro-psychiatres ou neurologues, voire également des professionnels paramédicaux indépendants.

- **Les services A**
  Groupe-cible selon les normes : les patients neuro-psychiatriques adultes nécessitant une intervention d'urgence, une observation ou un traitement actif
  Fonction : orientation, indication et diagnostic, traitement, accompagnement
  Modalité : résidentiel, mais de durée limitée
  Problèmes rencontrés par la prise en charge : difficulté du transfert des patients stabilisés ; manque de moyens pour rechercher un milieu de vie adapté, informer le milieu d'accueil des difficultés et limites de la personne, assurer un suivi du patient après son transfert, etc. ; manque de moyens pour assurer le suivi médical somatique

- **Les services T**
  Groupe-cible selon les normes : les patients neuro-psychiatriques adultes nécessitant une réadaptation sociale
  Fonction : traitement, psycho-éducation, accompagnement
  Modalité : résidentiel, de durée non limitée, mais sans constituer un lieu de vie définitif
  Problèmes rencontrés par la prise en charge : outre les problèmes liés au transfert, des problèmes se posent dans la prise en charge des personnes âgées dont les besoins somatiques ou d'aide à la vie journalière sont importants. ; manque de moyens pour assurer le suivi médical somatique

- **Les services G**
  Groupe-cible selon les normes : patients âgées gériatriques nécessitant un diagnostic, un traitement et une réadaptation fonctionnelle
  Fonction : orientation, indication et diagnostic, traitement, psycho-éducation, accompagnement
  Modalité : résidentiel, mais de durée limitée
  Problèmes rencontrés par la prise en charge : difficulté du transfert des patients stabilisés ; manque de moyens pour rechercher un milieu de vie adapté, informer le milieu d'accueil des difficultés et limites de la personne, assurer un suivi du patient après son transfert, etc.

- **Les maisons de soins psychiatriques**
  Groupe-cible selon les normes : patients présentant un trouble psychique chronique stabilisé et handicapés mentaux
  Fonction : accompagnement, activation, soins complémentaires, psycho-éducation
  Modalité : résidentiel
  Problèmes rencontrés par la prise en charge : difficulté d'anclure dans un même lieu de vie des patients d'âge divers, nécessitant des soins fort différents et ayant des potentialités de niveaux variés ; difficulté de transférer le patient vers une M.R.S. dès lors qu'il répond aux critères d'admission dans une telle structure.

- **Les initiatives d'habitations protégées**
  Groupe-cible selon les normes : personnes qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées
  Fonction : accompagnement, activation, psycho-éducation
  Modalité : résidentiel

Problèmes rencontrés par la prise en charge : difficultés à assurer l'hébergement et l'accompagnement de personnes moins valides et de les intégrer dans la vie d'une habitation qui regroupe des personnes d'âges divers.

- **Les maisons de repos et maisons de repos et de soins**
  Groupe-cible selon les normes : personnes âgées de 60 ans au moins qui nécessitent le recours à des services collectifs familiaux, ménagers et d'aide à la vie journalière
  Fonction : soins complémentaires, activation, accompagnement, psycho-éducation
  Modalité : résidentiel
  Problèmes rencontrés par la prise en charge : difficulté de conserver un équilibre du milieu de vie en accueillant simultanément des personnes valides et moins valides, avec et sans troubles psychiques ; manque de personnel qualifié pour encadrer des personnes qui nécessitent un accompagnement psychiatrique ; difficulté d'impliquer des ressources extérieures dans le suivi psychiatrique des personnes hébergées.

- **Les structures d'accueil de jour**
  Groupe-cible selon les normes : personnes demandant un suivi en termes de soins somatiques ou psychiatriques, mais qui disposent encore d'une certaine mobilité et d'un entourage qui peut assurer une part de la prise en charge
  Fonction : indication et diagnostic, traitement (hôpital de jour) ; soins complémentaires, accompagnement et activation (centre de jour ou centre de soins de jour)
  Modalité : ambulatoire
  Problèmes rencontrés par la prise en charge : manque de structures d'accueil de ce type.

- **Les résidences-services**
  Groupe-cible selon les normes : personnes âgées autonomes demandant de pouvoir recourir à certains services collectifs dans les actes de la vie journalière
  Fonction : soins complémentaires, accompagnement
  Modalité : résidentiel
  Problèmes rencontrés par la prise en charge : peu adapté aux personnes présentant des troubles psychiques, faute de structure d'accompagnement et d'activation

- **Les centres de santé mentale**
  Groupe-cible selon les normes : toute personne présentant des troubles psychiques
  Fonction : orientation, indication et diagnostic, traitement, psycho-éducation, accompagnement
  Modalité : ambulatoire
  Problèmes rencontrés par la prise en charge : difficulté d'assurer une prise en charge de personnes âgées peu mobiles et difficulté de spécialiser une part du personnel aux problématiques spécifiques des personnes âgées ; ces deux difficultés tiennent souvent davantage à un manque de moyens qu'à un manque de volonté de la part des acteurs du terrain.

- **Les services de soins à domicile**
  Groupe-cible selon les normes : personnes nécessitant, pour des problèmes somatiques, psychiques ou de mobilité, l'aide d'une tierce personne
  Fonction : soins complémentaires, accompagnement, psycho-éducation
  Modalité : à domicile

Problèmes rencontrés par la prise en charge : les services organisés ont davantage d'expertise en soins somatiques qu'en soins psychiatriques ; manque de qualification du personnel de soins pour détecter les besoins psychiques.

Il apparaît dès lors que l'ensemble de ces structures, qui sont susceptibles d'assurer un suivi auprès de personnes âgées présentant des troubles psychiques connaissent toutes des limites. La mise en place de circuits de soins devrait se donner comme objectif prioritaire de donner des solutions aux problèmes qui se posent, qu'il s'agisse du domaine de la continuité des soins (les transferts), de la formation et de la qualification du personnel ou du trop faible développement des structures.

6. MISE EN PLACE DE CIRCUITS DE SOINS : DEPASSER LES LIMITES ACTUELLES

Sur la base des différents éléments soulignés ci-dessus et en tenant compte des caractéristiques spécifiques du groupe-cible des personnes âgées, différents éléments particuliers doivent être mis en place dans le cadre des circuits de soins de santé mentale en vue de dépasser les limites rencontrées actuellement dans la prise en charge des personnes âgées en santé mentale.

Les difficultés à surmonter

- l'absence de vision globale des besoins de soins de santé mentale (ou l'interation entre les demandes d'aide et l'offre de soins) pour les personnes âgées et l'absence de grille de décodage des demandes d'aide et de soins ; ces lacunes rendent malaisée la définition et la réorganisation de l'offre de soins en termes de circuits, de fonctions et de modules de soins : bien qu'il existe une offre de soins et des demandes de soins, les entraves (notamment culturelles) qui existent entre l'expression de la demande de soins de santé mentale et les limitations de certaines formes de soins (structures de jour, services Sp, etc.) ne permettent pas une appréhension globale des besoins ;
- l'absence manifeste de structures préventives et de structures de « 1ère ligne » pour un groupe-cible qui est pourtant particulièrement vulnérable en termes de santé mentale ; cette absence est d'autant plus préjudiciable que, d'une part, il existe, particulièrement dans la population âgée, un « tabou » par rapport à la psychiatrie et que, d'autre part, dans l'ensemble de la population, la croyance que les troubles psychiques ou les problèmes de santé mentale seraient « normaux » à partir d'un certain âge est encore largement répandue ;
- lors d'un transfert de patient (service Sp ou G vers MR/MRS, MSP vers MR/MRS, etc.), il y a un manque de moyens humains pour introduire correctement le patient, accompagner son intégration dans la nouvelle structure, informer correctement le personnel de la structure d'accueil des besoins et limites du patient, ainsi que de son évolution probable;
- pour conserver un lieu de vie « équilibré » (en MSP, MR, MRS, etc.), on rencontre la difficulté d'intégrer de manière harmonieuse des personnes présentant des besoins et des difficultés trop diverses, notamment quand un sous-groupe devient trop important par rapport au reste de la population accueillie (patients jeunes et âgées en MSP, patients valides et patients fort dépendants physiquement en MR/MRS, etc.);
- l'inadéquation qualitative de l'encadrement dans certaines structures : l'équipe orientée « santé mentale » (ex. : services hospitaliers psychiatriques, MSP) ne dispose pas de moyens suffisants pour prendre en charge certaines problématiques somatiques; l'encadrement en MR/MRS n'est parfois pas assez adapté aux besoins de santé mentale de certains résidents (cfr. inadaptation de la grille d'évaluation de la dépendance

psychique et manque de connaissance des besoins spécifiques à certaines pathologies (neuro-)psychiatriques);

- le cloisonnement des structures : il n'est pas aisé de faire appel aux compétences externes dans des structures qui sont « supposées » pouvoir assurer une prise en charge complète (ex. : difficulté d'assurer le suivi (neuro-)psychiatrique d'un résident en MR/MRS);
- l'absence de structures d'accueil de long terme (« lieux de vie ») adaptées aux personnes qui demandent un encadrement intensif tant sur le plan psychique que sur le plan physique ;
- les freins à l'accessibilité des soins pour raisons économiques : bon nombre de personnes âgées font face à des besoins multiples alors qu'elles ne disposent que de ressources financières souvent très limitées ; dans ce contexte, soit le choix du service est guidé essentiellement par des critères financiers, soit le recours à un type de service empêche de faire appel simultanément à d'autres types d'aide ou de soins ;
- les « désincitants » financiers dans le système de rémunération des médecins : le caractère dégressif des honoraires de surveillance, l'absence de rémunération pour des prestations de concertation, de formation ou de coordination, etc. ;
- enfin, bien que la santé mentale des personnes âgées apparaît comme un domaine spécifique des soins, cette spécificité est largement ignorée dans le cadre de la formation des professionnels : tant du côté des professionnels dont le métier est l'accompagnement des personnes âgées (exemple : personnel soignant ou paramédical) que du côté des professionnels dont le métier relève de la santé mentale (exemple : psychologues).

Le développement de réseaux de soins de santé mentale

En s'appuyant sur les acteurs présents qui s'investissent dans la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques ou des problèmes de santé mentale, il est suggéré de développer diverses pistes qui sont susceptibles de faciliter le travail en réseau de soins de santé mentale et d'utiliser mieux les complémentarités entre les prestataires existants, mais également de répondre à des demandes aujourd'hui mal rencontrées.

1. Le développement d'un outil d'évaluation des besoins de santé mentale et de décryptage des demandes

Tant pour mieux dimensionner l'offre de soins que pour faciliter la communication entre acteurs, il est essentiel de mettre en place des procédures « d'enregistrement » ou de définition des demandes de soins de santé mentale et du suivi qui y est donné. La multiplicité des acteurs susceptibles d'intervenir auprès des personnes âgées rend la tâche difficile, mais également d'autant plus nécessaire. Ceci est d'autant plus vrai dans un secteur où bon nombre d'acteurs ne sont pas des acteurs traditionnels de la santé mentale, tout en étant des acteurs essentiels dans l'accompagnenement quotidien des personnes (médecin généraliste, équipes d'aide et de soins à domicile, etc.).

2. Le développement de la fonction « concertation et formation » et des soins de santé mentale de 1ère ligne

C'est sans doute le domaine où « tout reste à faire », mais il est essentiel. Il s'agit de développer tant la fonction « d'orientation » que la fonction de « prévention et formation » dans la sphère des acteurs qui cotoyent les personnes âgées au quotidien. Ces actions doivent être orientées tant vers des professionnels de soins tels que les médecins généralistes, les équipes de soins à domicile, etc., que vers l'entourage familial ou les prestataires de sercices à domicile.
En raison du rôle spécifique du médecin généraliste auprès des personnes âgées, rôle de « garant de la santé », mais également rôle de conseiller dans des matières plus larges que la santé proprement dite, une attention particulière doit lui être accordée dans la mise en place de circuits de soins de santé mentale pour les personnes âgées.

Deux axes sont à développer :

- l'information des familles, des médecins traitants, du personnel des structures de soins et de services à domicile et de toutes les personnes qui sont susceptibles de déceler de manière précoce, le développement d'une pathologie (neuro-)psychiatrique ou des problèmes de santé mentale chez les personnes qui vivent à domicile
- le développement de structures ambulatoires permettant le diagnostic précoce et un traitement à domicile : dès lors qu'il y a détection précoce, il est souvent possible d'éviter l'hospitalisation ou le placement, pour autant que le patient puisse aisément consulter un neurologue, un psychiatre, un psychologue…

3. Le développement de structures permettant la prise en charge de jour

Tant pour l'entourage du patient que pour le patient lui-même, il est essentiel d'encourager le développement de modes de prise en charge de jour dans le giron des structures résidentielles susceptibles d'assurer l'hébergement le jour où il apparaîtrait nécessaire.

A l'heure actuelle, la capacité d'accueil de ces structures est encore très réduite. De tels modules offrent cependant de multiples avantages : leur accessibilité financière, mais également leur acceptabilité « psychologique » (tant dans l'esprit de la personne âgée que dans celui de son entourage) sont importantes. Ils présentent en outre l'avantage majeur d'être modulables en fonction des « compétences résiduelles » tant du patient lui-même que de son entourage.

Il faut développer la prise en charge de jour comme une prise en charge à part entière, et non comme la « file d'attente » de la maison de repos (en attendant qu'une place se libère dans la maison de repos !).

4. La mise en place d'une « fonction de transfert »

Afin de faciliter le transfert de personnes de structures « temporaires » (structures qui n'ont pas la vocation d'être un lieu de résidence) vers un lieu de vie adapté à leurs besoins (structure d'hébergement en remplacement du domicile ou domicile « adapté ») dans le cadre d'une réelle continuité des soins et d'éviter autant que possible les transferts en sens inverse, il apparaît indispensable de pouvoir bénéficier d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels qui puisse :

- préparer le transfert auprès du nouveau lieu de vie et de la famille ;
- intervenir, sur le lieu de vie, en cas de dégradation ou de modification de l'état de santé psychique du patient dans la mesure où la structure d'accueil ne dispose pas des compétences nécessaires ; cette intervention doit intervenir sur demande de la structure d'accueil.

Dans toute la mesure du possible, cette mission sera confiée à des professionnels qui connaissent le patient comme, par exemple : personnel du service hospitalier qui a précédemment accueilli le patient, prestataires ambulatoires qui ont suivi le patient, …

Dans cette optique, 4 éléments sont possibles :

- un renforcement du « référent hospitalier » à concurrence de 0.5 ETP (infirmier social, infirmier psychiatrique ou assistant social) pour assurer le prolongement de la mission de suivi de la sortie du patient au-delà de l'enceinte de l'hôpital psychiatrique ;
- l'octroi de 0.5 ETP supplémentaire par unité de lits Sp psychogériatriques ou lits G et par tranche de 60 lits MSP visant à permettre de dégager un membre de l'équipe de soins qui connaît le patient, pour « accompagner » le transfert ou pour répondre à une demande d'intervention en provenance de la structure d'accueil ;
- la possibilité, pour les prestations de médecins psychiatres issus de partenaires au réseau (hôpital ou centre de santé mentale), de bénéficier de « l'honoraire de liaison » en cas d'intervention demandée par la structure d'accueil, ainsi que le développement d'honoraires de coordination ;
- le renforcement des modules de postcure (INAMI – modules de soins de postcure)

5. La mise en place d'une « fonction de santé mentale » dans les MR/MRS

Afin de faciliter l'intégration de la personne âgée dans le lieu de vie qui n'a pas comme vocation première le suivi thérapeutique de patients (neuro-)psychiatriques, un effort important doit être consenti pour familiariser le personnel d'encadrement aux spécificités de la pathologie psychique, aux techniques de prise en charge qui y correspondent, à la gestion des situations de crise, à la détection des indices d'évolution de la maladie, etc. Il s'agit de fournir à des structures qui assurent la fonction de « soins complémentaires » (par rapport à la santé mentale) des outils qui pourront les aider à assurer simultanément une fonction d'accompagnement et de soutien des personnes présentant des troubles psychiques.

A l'instar de la « fonction palliative » récemment mise en place dans le cadre des MR/MRS, une « fonction de santé mentale » doit être développée dans tout établissement qui accueille des patients souffrant de problèmes psychiques. Au départ de cette « fonction de santé mentale », il y a lieu de former et d'informer le personnel d'encadrement de la MR/MRS aux diverses pathologies psychiques, à la manière de les appréhender, à leur évolution probable, aux indices révélateurs d'une évolution, etc. Exemple : les problèmes de dépressions et/ou de troubles anxieux présentés par les patients désorientés, les maladies de Pick, de Huntington…

Etant entendu qu'actuellement seul de « forfait Cd » permet d'identifier des patients présentant des troubles psychiques et que cette identification sous-estime largement l'ampleur des pathologies psychiques présentes en MR/MRS, il est proposé que, dans l'attente d'une meilleure mesure des besoins, cette « fonction de santé mentale » soit accessible à tout établissement qui héberge au moins 10 résidents « Cd ».

Afin de financer la formation « de santé mentale » du personnel tout en garantissant la continuité du service, un financement sera octroyé aux établissements concernés par un forfait complémentaire de 0.75€ appliqué au forfait Cd.

6. La prise en compte de la dépendance psychique en MR/MRS

Outre la nécessité d'assurer au personnel des MR/MRS une formation qui lui permette de prendre en charge des personnes présentant des troubles psychiques, il faut également que la dépendance psychique soit reconnue (l'actuelle échelle de Katz n'intègre que le trouble de désorientation dans le temps et dans l'espace) et qu'elle s'accompagne de normes spécifiques, tant en termes de personnel qu'en termes architectural.

La logique des « cantous », vus comme une unité distincte, au sein de la maison de repos, spécialement adaptée à la personne valide mais désorientée en est une formule. Cette modalité, aujourd'hui exclusivement calquée sur la maison de repos, en termes d'encadrement, d'organisation et de financement, devrait non seulement être reconnue, mais également faire l'objet de dispositions spécifiques qui tiennent davantage compte des caractéristiques des personnes qui y sont hébergées (par exemple : un besoin plus important de personnel paramédical).

En outre, des initiatives semblables orientées vers d'autres types de problématiques psychiques doivent être encouragées : créer des lieux de vie pour patients âgés, valides, mais présentant des troubles psychiques qui nécessitent une attention particulière, un personnel formé, des activités et un agencement des lieux adaptés.

La mesure de la « dépendance psychique » suppose que, au-delà des troubles d'orientation dans le temps et dans l'espace, il soit également tenu compte d'autres troubles du comportement (patients violents, anxieux, dépressifs, troubles alimentaires, troubles de langage, déambulation, perte de notion du risque, automutilation, etc.). Dans l'attente d'un nouvel instrument de mesure de la dépendance, la prise en compte de ces diverses dimensions doit conduire à « dédoubler » l'actuelle échelle de Katz, permettant l'identification de profils A, B ou C « psychiques » (le « C psychique » remplaçant le « C dément »).

Pour une prise en charge adaptée de ces personnes, on estime qu'il y a lieu de majorer l'encadrement prévu pour les patients A, B ou C de 1 ETP paramédical (kiné, ergo, logo ou éducateur) et de 0.5 ETP neuro-psychologue par 30 résidents à profil « psychique ». La présence d'un neuro-psychologue semble d'autant plus essentielle qu'il peut participer à la formation des autres membres de l'équipe de soins.

Enfin, à l'heure actuelle, les aménagements, en termes d'architecture ou d'organisation, restent de la seule initiative de la maison de repos, dans les limites des réglementations qui lui sont imposées en tant que maison de repos. Si l'enceinte de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins apparaît comme un élément utile, en termes de contexte, mais également en termes de lieu de vie potentiel le jour où le patient devient moins valide, il est cependant indispensable de repenser l'environnement utile dans ce type de prise en charge. L'établissement devra donc veiller à offrir aux patients psychiques un lieu de vie adapté, suffisamment ouvert, mais sécurisé.

7. Le développement d'unités pour personnes âgées en M.S.P.

La prise en charge de personnes qui demandent un encadrement intensif tant sur le plan psychique que sur le plan physique n'est réellement possible ni dans les actuelles MR/MRS, ni dans les actuelles MSP : dans un cas comme dans l'autre, l'excès d'encadrement que nécessitent ces patients nuit au maintien d'un cadre de vie acceptable pour l'ensemble des autres résidents.

S'inspirant des modalités d'organisation de ces deux types de structures, il y a lieu d'envisager la mise en place d'unités, au sein des M.S.P., qui soient adaptées à la prise en charge de patients âgées. Actuellement déjà, la M.S.P. est envisagée pour deux sous-groupes cible : les patients présentant un trouble psychique stabilisés et les handicapés mentaux. Il conviendrait d'y ajouter le sous-groupe des personnes âgées présentant des problèmes somatiques.

Cette perspective rejoint la logique d'organisation des MSP en « unités de vie » regroupant des habitants connaissant des types de problèmes similaires, mais déroge à la règle selon laquelle la MSP est destinée aux personnes qui n'entrent pas en ligne de compte pour une admission en MRS. En effet, il faut permettre d'héberger des personnes qui, tout en correspondant au profil « MRS » en termes d'application de la grille de Katz, présentent cependant une pathologie psychique trop lourde pour pouvoir bénéficier d'un encadrement adapté en MRS.

Ces unités se distingueraient des normes générales applicables aux MSP sur les points suivants :

- elles seront destinées à des personnes de 60 ans et plus ou, à titre exceptionnel, des personnes plus jeunes dont l'état psychique et physique justifie leur prise en charge
- elles comporteront un maximum de 30 lits
- elles disposeront d'un jardin ou d'une terrasse sécurisés

- à l'instar des MRS, elles offriront des chambres individuelles de minimum 12 m² ou des chambres à deux lits de minimum 18 m² ; des lits réglables et adaptés aux besoins ; du matériel pour la prévention des escarres et du matériel d'isolement pour les lits ; un local infirmier, un local de soins et d'examens et un local réservé à l'accueil de la famille des résidents
- à l'instar des MRS, elles auront un lien fonctionnel avec un service G, un service Sp psychogériatrique, un service Sp palliatif et développera une « fonction palliative »
- à l'instar des MRS, une surveillance infirmière sera assurée de jour comme de nuit ;
- pour réaliser leurs missions, elles disposeront, pour l'encadrement de 30 patients, de 6 ETP infirmier (de préférence psychiatriques), de 6 ETP soignants et de 4 ETP paramédicaux complémentaires (éducateur, assistant social, orthopédagogue, ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute ou logopède), soit une équipe de 16 ETP.

8. Un meilleur encadrement somatique des personnes âgées prises en charge en milieu hospitalier psychiatrique

Tout patient pris en charge en hôpital psychiatrique est susceptible, au cours de son hospitalisation, de rencontrer des problèmes d'ordre somatique et le services de psychiatrie ne dispose pas nécessairement ds moyens suffisants et l'expertise nécessaire pour y donner réponse. Par ailleurs, on sait que les personnes âgées et certaines catégories de patients chroniques nécessaitent généralement davantage de suivi médical somatique que les autres patients. Pour y répondre de manière adéquate, il faut donner aux établissements hospitaliers psychiatriques les moyens d'offrir à leurs patients une possibilité de consulter un médecin généraliste ou un médecin spécialiste « somaticien » sans que cela soit mis à charge des honoraires des médecins psychiatres de l'hôpital.

9. Le développement de formations orientées sur la santé mentale des personnes âgées

Le développement de telles filières de formation apparaît, face aux besoins croisssant d'encadrement psychique des personnes âgées, comme un impératif. Les professionnels de la santé *(*infirmiers, soignants, paramédicaux*,…)*, notamment de la santé mentale, sont trop souvent démunis devant les problématiques spécifiques du grand âge. Leur formation les oriente prioritairement et naturellement vers les services aigus et somatiques.
Un premier élément à développer concerne les lieux de stages en cours de formation.
Par ailleurs, le besoin de « géronto-psychiatres » ou de « psycho-gériatres » est aujourd'hui aussi important que le besoin de pédo-psychiatres.

10. Une analyse détaillée de l'accessibilité financière des soins aux personnes âgées

La multiplicité des aides et soins offerts aux personnes âgées, développée au départ de politiques multiples et dépendant de différents niveaux de pouvoirs, tend à réduire leur accessibilité en raison d'impératifs financiers. Cette question doit prioritairement être envisagée sous la forme de contacts « interministériels ».

La mise en place du réseau

La « spécialisation » des différentes structures énumérées ci-dessus en vue d'une prise en charge adaptée des personnes âgées présentant des troubles psychiques doit dans tous les cas s'accompagner d'une inscription réelle dans un travail en réseau.

Ce « travail en réseau » ne signifie pas un circuit de soins « fermé » auxquels seuls les partenaires ayant formalisé des accords de collaboration participeraient (par exemple en cas de transfert d'un service hospitalier psychiatrique vers une structure d'hébergement résidentielle).

Tenant compte des réalités du terrain, il y a lieu de tendre vers une collaboration formalisée qui concernerait, au minimum :
au niveau des acteurs de la santé mentale :

- un hôpital psychiatrique
- un service Sp psychogériatrique
- un hôpital général disposant d'une unité psychiatrique
- un centre de santé mentale
- une maison de soins psychiatriques disposant d'une unité pour personnes âgées
- une initiative d'habitations protégées

au niveau des acteurs partenaires :

- un service Sp palliatif
- un service G
- plusieurs maisons de repos offrant également des lits MRS
- des résidences-services
- une possibilité d'accueil de jour
- un service de soins à domicile

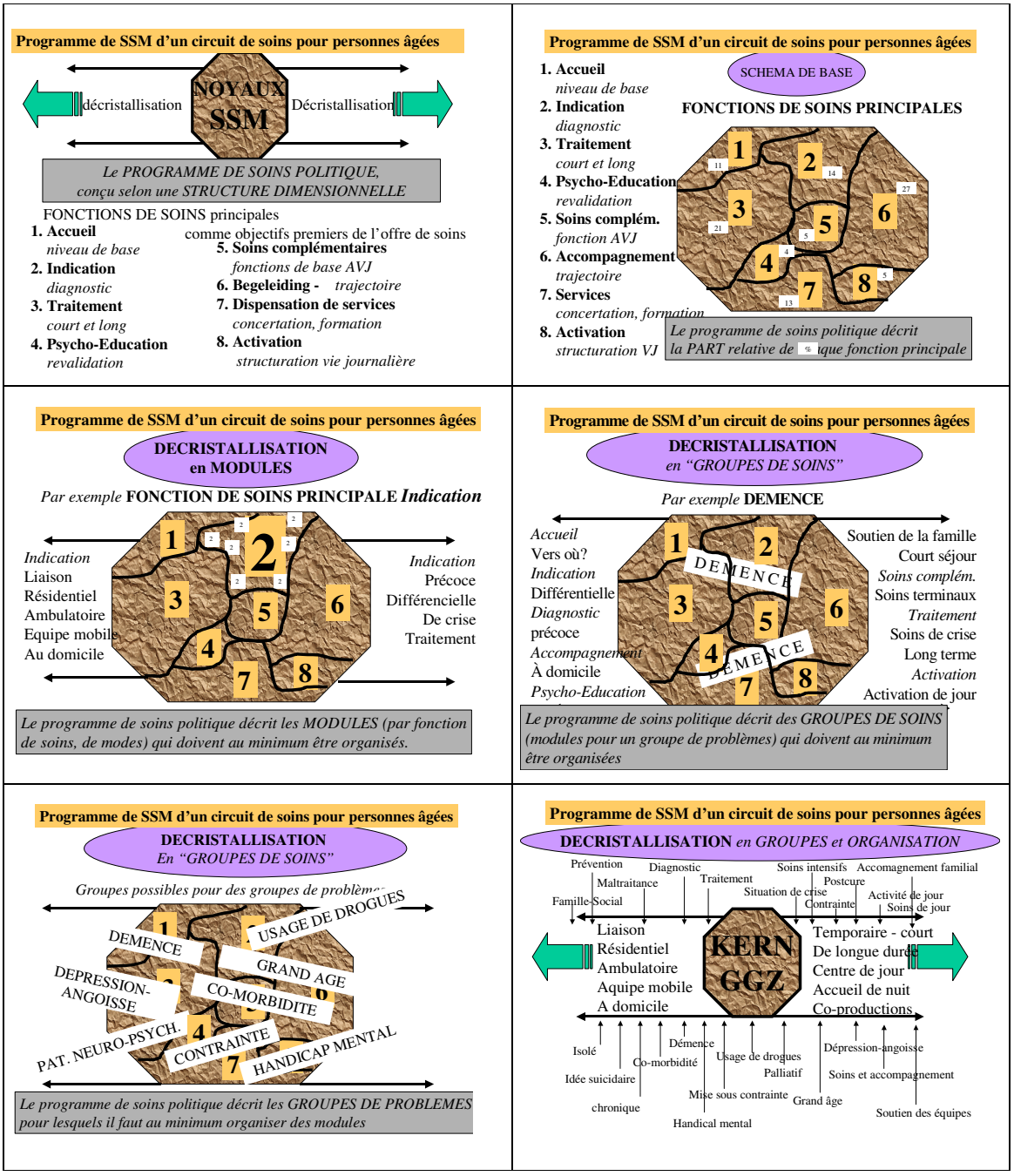
En effet, dans le cadre de l'encadrement des personnes âgées, il semble essentiel d'ouvrir la collaboration au-delà des structures traditionnelles de santé mentale : les soins à domicile, les médecins généralistes, les maisons de repos ou maisons de repos et de soins sont en effet des structures essentielles dans la mesure où elles apparaissent comme vecteur essentiel de diverses fonctions de soins : accueil, prévention, formation, accompagnement et soutien…

Enfin, à partir de ce réseau, des collaborations devront également trouver place avec d'autres services d'aide hors de la sphère des soins : les aides au logement, services sociaux, services culturels, services ménagers, etc.

Cette multiplicité des structures impliquées dans l'encadrement des personnes âgées met en exergue

- la nécessité d'une politique globale à laquelle les différents niveaux de pouvoirs doivent adhérer ;
- la nécessité de revoir certaines réglementations – dont certaines datent d'il y a près de 30 ans - qui organisent des soins « par pathologie » sans assez considérer la personne âgée comme susceptible de requérir un encadrement réellement multidisciplinaire.

Annexe 1 : Illustration des différentes étapes de mise en place d'un circuit de soins de santé mentale pour personnes âgées



Annexe 2 Quelques chiffres illustrant les modes de prise en charge des personnes âgées présentant des troubles de santé mentale

Les statistiques disponibles pour chiffrer le nombre de personnes âgées présentant des troubles psychiques sont très incomplètes, en particulier dans le secteur ambulatoire : soins à domicile, prestations des centres de santé mentale, prestations de thérapeutes individuels.
En outre, il est vraisemblable que, pour des raisons culturelles notamment, bon nombre de personnes qui, pourtant, connaissent des problèmes qui relèvent de la santé mentale, n'ont en réalité aucun contact avec les professionnels du secteur et soient, éventuellement, uniquement en contact avec un médecin généraliste, voire avec un service de soins ou d'aide à domicile.

Dans le secteur résidentiel, il devient possible d'être un peu plus précis.

Structures résidentielles psychiatriques
Données RPM 1998 — Population présente au 31/12/98

	Population totale	Pop. de 65 ans et +	Proportion
En hôpital psychiatrique	17.655	3.365	19,06%
En service psychiatrique d'hôpital général	2.378	330	13,88%
En habitation protégée	2.754	262	9,51%
En maison de soins psychiatriques	3.047	1.447	47,49%
TOTAL	25.834	5.404	20,92%

Structures résidentielles pour personnes âgées
Données INAMI — Données de facturation 2000

EN MAISON DE REPOS	Population totale	Troubles psychiques	Proportion
forfait O	22.430	? (*)	21,33%
forfait A	17.718	? (*)	16,85%
forfait B	17.889	? (*)	17,01%
forfait C	6.582	? (*)	6,26%
forfait C+	9.379	? (*)	8,92%
TOTAL	73.998		70,36%

EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS	Population totale		
forfait B	5.286	? (*)	5,03%
forfait C	6.020	? (*)	5,72%
forfait Cd	19.873	oui	18,89%
TOTAL	31.178		29,64%

POPULATION TOTALE EN MR/MRS : 105.176

(*) A l'exception des forfaits Cd en MRS, le type de forfait en MR/MRS ne permet pas d'identifier la part de personnes présentant des troubles psychiques

Lacunes de ces données :

- pour certaines structures psychiatriques, le RPM n'est pas disponible après 1998
- en maison de repos et maisons de repos et de soins, le caractère psychique de la pathologie n'est pas toujours identifié dans les données collectées.

Sur la base des données ci-dessus, on pourrait estimer le nombre de personnes âgées présentant des troubles psychiques (et identifiées comme telles) et hébergées en structure résidentielle s'élève environ à 25000.

Toutefois, ce nombre ne tient pas compte :

- des personnes prises en charge dans d'autres services hospitaliers, notamment dans des services de gériatrie ou de revalidation : en 1998, plus de 70% des séjours hospitaliers en services V, S et G isolés concernent des personnes de 65 ans et plus et près de 3000 hospitalisations sont justifiées par un diagnostic qui touchent manifestement à la santé mentale (états psychotiques, dégénérescences cérébrales, psychoses, troubles névrotiques…) ; (source : données RCM 1998)
- du fait que le nombre de patients présents à une date déterminée en hôpital est largement inférieur au nombre de patients admis au cours d'une période : pour l'année 1998, les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques d'hôpitaux généraux ont respectivement enregistré 4406 et 4136 admissions de personnes de 65 ans et plus. Dans un cas comme dans l'autre, ces nombres représentent entre 10 et 11% du nombre total d'admissions ;
- du fait que, pour quelques 80000 autres personnes hébergées en MR/MRS, la classification selon l'échelle de Katz ne permet pas d'identifier la présence ou non de troubles psychiques ;
- des évolutions intervenues au cours des dernières années, en ce compris l'impact des reconversions de lits et la création de services Sp psycho-gériatriques en hôpital psychiatrique.

En outre, dans la mesure où l'hospitalisation ou le placement en structure résidentielle représente bien souvent l'aboutissement d'un processus lent qui s'est installé depuis parfois de nombreuses années, il semble évident que les quelques chiffres cités ci-dessus ne constituent que la partie visible de l'iceberg.

Annexe 3 Acteurs en présence : potentialités et limites

1. Les services hospitaliers Sp psychogériatriques

Le service Sp est, par définition[3], un « service spécialisé de traitement et de réadaptation destiné aux patients atteints d'affections […] psychogériatriques ». Les soins spécialisés seront destinés aux patients qui « nécessitent un traitement médical spécialisé, des soins infirmiers, une réadaptation fonctionnelle et une réactivation en milieu hospitalier et requièrent une prise en charge active et prolongée, mais de durée limitée ». Le service Sp se trouvera donc confronté à la nécessité du transfert dès que le patient sera stabilisé.

En ce qui concerne plus particulièrement le service Sp psychogériatrique, il est destiné à accueillir « des patients âgés qui requièrent un diagnostic et/ou un traitement de nature psychiatrique et somatique, ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire afin d'assurer le rétablissement ou le maintien au plus haut niveau possible du potentiel physique, psychique et social du patient ». Cette formulation ne donne donc pas un critère d'âge précis pour prendre en charge des patients, mais prévoit cependant qu'il s'agit de « patients âgés ».

En outre, vu le caractère limité de la durée de prise en charge, il est demandé aux établissements qui développent ce type de service, d'organiser une liaison fonctionnelle avec des équipements et des services non hospitaliers destinés à l'hébergement ou au maintien à domicile des patients en vue de « garantir la continuité de la prise en charge et des soins ». Sont notamment citées comme structures non hospitalières concernées : les maisons de soins psychiatriques, les maisons de repos et de soins, les centres de santé mentale et les services de soins à domicile.

Concrètement, si le rôle du service Sp psychogériatrique au sein d'un circuit de soins psychiatriques destiné aux personnes âgées est relativement bien circonscrit, le problème essentiel qui se pose se situe au moment de la sortie : chaque sortie est un véritable « combat » car nécessite du temps et de l'énergie dans la gestion des interactions.
Or, bien que l'obligation d'organiser une liaison fonctionnelle avec des structures extra-hospitalières existe, aucun moyen humain ou financier n'est mis à la disposition des hôpitaux pour remplir cette mission.

Concrètement, les difficultés des transferts de patients « stabilisés » se situent à plusieurs niveaux :

- Lorsqu'il s'agit d'un transfert vers une structure d'hébergement extra-hospitalière :
    - la rareté des structures d'accueil potentielles (liste d'attente)
    - les difficultés financières posées par le placement en structure résidentielle
    - le moindre encadrement en personnel présent dans les structures extra-hospitalières
    - la moindre polyvalence de qualification du personnel extra-hospitalier
    - le manque d'information concernant les pathologies spécifiques des patients

[3] cfr AR du 23/10/64 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et services hospitaliers doivent répondre.

Lorsqu'il s'agit d'un retour au domicile :

- le manque de moyens des familles pour reprendre en charge le patient
- les difficultés financières posées par la mise en place de soins coordonnés
- la sous-évaluation de la lourdeur de la prise en charge du patient, provoquant l'épuisement de l'entourage

Dès lors, dans un cas comme dans l'autre, la « continuité de la prise en charge » est difficile à assurer, ce qui provoque souvent un nouveau transfert à court terme : soit sous la forme d'une réhospitalisation du patient, soit par le placement en structure d'hébergement d'un patient qui était rentré à domicile.

On peut constater que le transfert se passe dans de meilleures conditions lorsque le service Sp peut détacher l'un ou l'autre membre de son équipe et proposer son expertise auprès de la structure d'accueil en matière de sensibilisation et de formation du personnel, voire en termes de suivi du patient. Une telle démarche présente des avantages sous différents angles :

- faciliter l'intégration et l'acceptation du patient dans la nouvelle structure d'accueil lorsque le personnel du service Sp peut expliquer les troubles du comportement (temporaires ou constants) présentés par le patient,
- informer et préparer l'équipe de la nouvelle structure d'accueil concernant l'évolution prévisible de l'état de santé du patient,
- éviter une ré-hospitalisation en aidant la structure d'accueil à gérer la prise en charge, y compris les nouveaux troubles du comportement ou les troubles récidivants,
- promouvoir la connaissance réciproque des critères d'accueil du service Sp et de la structure de placement ce qui facilite d'éventuels transferts futurs, y compris pour d'autres profils de patients en fonction des pathologies spécifiques.

Toutefois, ce type de démarche présente un coût non négligeable pour les partenaires en termes de mise à disposition de personnel, de temps de formation et d'information, de disponibilité pour continuer à participer au suivi des patients et, ici encore, aucun financement spécifique n'est prévu pour couvrir ces coûts ou pour la mise à disposition de personnel supplémentaire.

Par ailleurs, la nécessité d'offrir aux patients une prise en charge globale qui prend en compte les dimensions psycho-sociales et somatiques se heurte à un manque de moyens évident. Il faut notamment souligner que la prise en charge médicale des problèmes somatiques rencontrés par les personnes prises en charge au sein d'une structure hospitalière psychiatrique est rendue difficile dans le cadre de la logique d'honoraires médicaux qui prévaut : la consultation d'un médecin généraliste, voire d'un spécialiste relevant d'une discipline non psychiatrique, est en effet mise à charge des honoraires de surveillance du médecin psychiatre de l'hôpital. Si ce problème peut être posé de manière générale dans l'hôpital psychiatrique, il se pose manifestement de manière encore plus aiguë dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées. Or, dans bien des cas, le transfert vers une structure de soins somatiques apparaît insatisfaisant en raison du suivi psychiatrique nécessaire.

2. Les services hospitaliers d'index A

Les services hospitaliers d'index A, situés en hôpital général ou en hôpital psychiatrique, sont destinés « aux malades adultes nécessitant soit une intervention d'urgence en cas de crise, soit une observation ou un traitement actif »[4]. Ils ne sont donc pas spécifiquement destinés aux personnes âgées, mais en accueillent également. Quant au type de prise en charge, ces services sont orientés vers le diagnostic, l'observation et le traitement, mais n'ont pas vocation d'être un lieu d'hébergement de long terme.

Les problèmes rencontrés par les services Sp lors du transfert d'une personne âgée ou son retour vers son lieu de vie sont donc aussi ceux qui se posent aux services A : l'information du milieu de vie en vue d'assurer la stabilisation de la personne, les modalités à prévoir afin d'éviter les rechutes et les réhospitalisations, etc.

Ici encore, et bien que les normes exigent que les services A qui disposent d'au moins 60 lits doivent, à chaque instant, « pouvoir envoyer une équipe thérapeutique au domicile d'un malade qui a besoin d'une aide urgente »[5], il apparaît bien souvent que le temps et les moyens humains manquent pour réinsérer de manière satisfaisante le patient dans son milieu de vie. De même, le milieu d'accueil de la personne qui sort de l'hôpital souhaite parfois, même s'il n'y a pas une situation d'urgence, pouvoir demander conseils et, à cette fin, il est précieux qu'il puisse avoir une personne de référence qui, à l'hôpital, peut répondre à ses demandes et inquiétudes.

Enfin, la problématique de la prise en charge (notamment financière) de l'encadrement médical par rapport aux difficultés somatiques rencontrées par les personnes âgées (voir ce qu'il en est dit pour les services Sp) doit ici encore être soulignée.

3. Les services hospitaliers d'index T

Les services hospitaliers d'index T sont des services neuro-psychiatriques prévus pour accueillir des « malades adultes » et leur offrir une « réadaptation sociale maximale »[6]. L'observation et le diagnostic de ces personnes ont été préalablement assurés, par exemple dans une unité A, et le service T se charge de leur redonner un maximum d'aptitudes sociales, au travers d'un traitement et d'activités de revalidation. Aussi, le service T prendra en charge, notamment, des personnes âgées : certaines ont été admises avant d'être « personne âgée » et d'autres sont prises en charge alors qu'elles relèvent déjà de ce groupe-cible.

Si la durée de prise en charge en service T peut être longue, ce service n'est toutefois pas destiné à devenir un lieu de vie permanent. Autant que possible, le service tentera de stabiliser le patient et de le réintégrer dans une structure de vie non hospitalière : un retour à domicile, une maison de soins psychiatrique, une habitation protégée ou, s'il s'agit d'une personne

[4] cfr AR du 23/10/64 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et services hospitaliers doivent répondre.
[5] cfr AR du 23/10/64 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et services hospitaliers doivent répondre.
[6] cfr AR du 23/10/64 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et services hospitaliers doivent répondre.

âgée, une maison de repos ou maison de repos et de soins. En cela, le service T demande également des moyens humains pour organiser un transfert adapté.

En outre, le service T étant avant tout un service de soins psychiatriques, la prise en charge de personnes âgées dont la santé somatique ou la mobilité se dégradent fortement n'est pas aisée. Outre le problème (déjà relevé dans le cadre des services Sp et des services A) de l'encadrement médical somatique, l'équipe de soins du service T peut s'avérer insuffisante (en nombre ou en qualification) pour assurer à la personne une prise en charge adaptée à ses besoins. Dans de tels cas, et notamment si la prise en charge somatiques devient prioritaire, le service hospitalier gériatrique peut offrir une transition, mais n'est pas non plus un lieu de vie définitif.

Toutefois, tant que le suivi psychiatrique reste nécessaire car le patient n'est pas stabilisé, c'est souvent le service T qui devra tenter de s'adapter, y compris à la perte d'autonomie des personnes et à leurs difficultés somatiques. Il importe cependant de souligner que la charge supplémentaire qui en résulte est difficile à gérer dans une équipe de soins qui reste limitée.

4. Les services hospitaliers gériatriques

Le service G est, par définition[7], un « service d'hôpital général qui se consacre à l'établissement d'un diagnostic de gériatrie, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, aux soins et à l'hospitalisation, dans les meilleures conditions, de patients âgés ». Par ailleurs, il est précisé que « tout le fonctionnement du service sera, au point de vue médical, infirmier et paramédical, toujours axé sur une application d'un traitement actif permettant de renvoyer le patient au plus tôt dans un état de rétablissement optimum de son potentiel physique, psychique et social ». Le service G, comme le service Sp, se trouvera donc rapidement (en principe, la durée moyenne de séjour ne peut être supérieure à 3 mois) confronté à la nécessité du transfert du patient.

Or, si le patient admis dans un service G est caractérisé par une pathologie « multiple » et ne présente donc pas nécessairement de troubles de type psychique, la fréquence de tels troubles y est cependant particulièrement élevée : selon les données de RCM (1998), plus de 70% des séjours hospitaliers en services V, S et G isolés concernent des personnes de 65 ans et plus et près de 3000 hospitalisations sont justifiées par un diagnostic qui touchent manifestement à la santé mentale (états psychotiques, dégénérescences cérébrales, psychoses, troubles névrotiques…).

L'ensemble des difficultés énumérées ci-dessus pour le service Sp et concernant le transfert des patients à l'issue de leur séjour hospitalier se posent dès lors aussi, largement, pour le service G. Ces difficultés peuvent en outre apparaître encore plus importantes du fait que bon nombre de patients présentent simultanément une pathologie somatique : problèmes cardiaques, pulmonaires ou autres.

[7] cfr AR du 23/10/64 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et services hospitaliers doivent répondre.

5. Les maisons de soins psychiatriques

Les critères d'accueil en M.S.P., tels que définis par les normes[8], permettent la prise en charge de « personnes présentant un trouble psychique chronique stabilisé » et « d'handicapés mentaux », pour autant que ces patients « ne requièrent pas de traitement hospitalier », « n'entrent pas en ligne de compte pour une admission en MRS » et « n'entrent pas en ligne de compte pour l'habitation protégée ».
Il s'agit donc de personnes qui ne requièrent pas une présence médicale continue, qui sont relativement autonomes pour accomplir les actes de la vie journalière (notamment s'habiller et se laver), mais qui nécessitent un accompagnement continu en raison des troubles psychiques qu'elles présentent.

On sait cependant que, au fil du temps, la personne âgée risque de plus en plus de rencontrer des difficultés pour accomplir les actes de la vie journalière et ce, pour des raisons qui peuvent être totalement indépendantes de leur pathologie psychique. Cette évolution a deux conséquences qui posent divers problèmes :

- dans la mesure où la dépendance physique n'est que partielle et ne permet pas l'accès à une MRS, la MSP doit trouver les moyens de gérer la prise en charge de ces personnes dans un environnement qui, théoriquement est prévu pour des patients physiquement valides; ceci peut supposer des adaptations du fonctionnement de l'établissement comme « lieu de vie » du fait de la prise en charge d'une population qui évolue en deux groupes qui se différencient progressivement avec le temps en fonction du vieillissement de certains ; actuellement, deux tiers des patients hébergés en MSP ont plus de 60 ans;
- lorsque la dépendance physique devient importante et que les patients répondent aux critères de prise en charge en MRS, la MSP se trouve devant une obligation de transfert qui rencontre les mêmes difficultés que celles évoquées ci-dessus dans le cadre des services Sp (listes d'attente, capacité de l'équipe de la MRS à appréhender la pathologie psychique du patient, etc.); en outre, la MSP n'est pas dans une situation qui lui permet d'envisager le même type de modalités de transfert que l'hôpital : d'une part, elle dispose d'un personnel encore plus réduit et, d'autre part, elle n'a pas de raison de continuer à s'impliquer dans le suivi du patient car ce dernier ne reviendra vraisemblablement jamais vers la MSP.

6. Les initiatives d'habitations protégées

Telles qu'elles sont définies aujourd'hui, les I.H.P. sont destinées[9] à assurer « l'hébergement et l'accompagnement des personnes qui ne nécessitent pas un traitement continu en hôpital et qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées ».

---

[8] cfr AR du 10/07/90 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques.

[9] cfr AR du 10/07/90 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques.

De ce fait, elles ne se prêtent pas à l'accueil de personnes âgées qui présenteraient des besoins spécifiques. Seules les personnes âgées réellement valides, capables de participer aux activités de jour et ne demandant pas un accompagnement continu sont susceptibles d'y être prises en charge, mais la logique de « resocialisation » qui guide souvent les orientations de l'IHP risque de perdre une part de sa signification en s'adressant à des personnes dont on sait qu'elles risquent, à moyen terme, de perdre de plus en plus leur autonomie physique.

7. Les maisons de repos et maisons de repos et de soins

Selon les normes qui les régissent, les maisons de repos sont habilitées[10] à prendre en charge des « personnes âgées de soixante ans au moins qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et, s'il y a lieu, de soins infirmiers ou paramédicaux ». En outre, « à titre exceptionnel », une personne âgée de moins de soixante ans peut séjourner dans une maison de repos.
Dès lors, toute personne qui a atteint l'âge de 60 ans peut séjourner en maison de repos et la maison de repos constitue sa résidence habituelle.

Ces quelques éléments ont pour conséquence, d'une part, que toute personne de 60 ans et plus, quel que soit son état psychique (et pour autant qu'elle ne nécessite par une prise en charge en hôpital) est « admissible » en maison de repos et, d'autre part, que la maison de repos doit lui offrir un lieu de résidence habituelle, y compris, notamment, s'il s'avère nécessaire de l'hospitaliser.

Par ailleurs, parmi les critères de classification du degré de dépendance des personnes hébergées, on retrouve tant la dépendance physique des personnes que leur éventuelle dépendance psychique, cette dernière étant essentiellement comprise en termes de désorientation dans le temps et dans l'espace (on remarquera que les autres formes de troubles du comportement, comme par exemple le comportement violent, ne sont par contre pas pris en compte !).

Ces deux types de dépendance servent en outre à préciser dans quelle mesure les personnes ont accès à une maison de repos et de soins. En effet, pour être admise dans une maison de repos et de soins, la personne doit soit être fort dépendante physiquement (pour s'habiller, se laver, se déplacer, manger, etc.), soit être sérieusement désorientée dans le temps et dans l'espace et être en même temps dépendante pour se laver et/ou s'habiller[11].

---

[10] Cfr Décret wallon du 05/06/97 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge ; Décrets flamands relatifs aux structures destinées aux personnes âgées coordonnés le 18/12/91 ; Arrêté du Collège réuni du 14/03/96 fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements hébergeant des personnes âgées ; Décret de la Communauté française du 10/05/84 relatif aux maisons de repos pour personnes âgées ; Règlement de la Commission communautaire francophone du 17/12/93 fixant la procédure d'agrément des maisons de repos ; décret de la Communauté germanophone du 9/05/94 relatif à l'autorisation, à l'agréation et à la subsidiation des structures d'accueil pour seniors.

[11] Cfr AR du 02/12/82 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour

Etant donnés ces critères, les maisons de repos sont amenées à prendre en charge des personnes physiquement valides, mais qui peuvent présenter une dépendance psychique importante et des personnes qui, tant physiquement que psychiquement, nécessitent régulièrement une aide, sans être totalement dépendantes, ni physiquement, ni psychiquement. Par contre, dans les maisons de repos et de soins, les personnes présentant des troubles psychiques ne pourront être prises en charge que si elles font état simultanément d'une dépendance physique importante, au moins pour s'habiller et/ou se laver.

Ces divers éléments mettent en exergue la grande hétérogénéité de la population accueillie en maison de repos et en maison de repos et de soins. Dans ce contexte, un souci important des responsables est de conserver un certain équilibre dans les types de populations accueillies afin de conserver un « lieu de vie » acceptable pour chacun, tant pour les résidents que pour le personnel qui les encadre.

Or, dans diverses circonstances, cet équilibre devient difficile à maintenir : ceci peut tenir à la charge de travail et à la compétence nécessitée par la prise en charge de certains patients (avec des normes d'encadrement qui diffèrent entre la maison de repos et la maison de repos et de soins), au type de « projet de vie » qu'il est ou non possible d'offrir aux résidents ou à la difficulté de maintenir des relations sociales saines entre les résidents.

Quelques exemples :

- sur le plan de la dépendance physique le patient arrive dans les M.R.S. de plus en plus grabataire et il devient alors plus difficile de conserver un lieu de vie « normal » pour les personnes les plus valides ;
- le patient particulièrement désorienté dans le temps et dans l'espace, mais qui est totalement valide du point de vue physique demande généralement un encadrement plus important que le patient désorienté qui ne dispose plus que d'une mobilité réduite ;
- les troubles de l'humeur, qui pourtant demandent une attention et un suivi de la part du personnel, ne sont nullement considérés comme un critère de « dépendance » du résident et, dès lors, ne peuvent justifier le financement d'un personnel supplémentaire ;
- si, par la fonction et son évolution, le personnel a généralement appris à gérer les problèmes engendrés par la prise en charge de personnes désorientées, bien souvent, ce même personnel, et y compris le médecin de famille, est mal préparé à gérer une situation de crise (délire psychiatrique, agressivité, etc.) ; il en va de même en ce qui concerne la prise en charge de patients qui présentent une pathologie telle que la maladie de Huntington, le syndrome de Pick ou Korsakoff, etc.
- la maison de repos ou la maison de repos et de soins est perçue comme une structure qui devrait pouvoir offrir l'ensemble des soins dont les résidents ont besoin ; il est alors souvent difficile de faire accepter par le résident, voire même par sa famille, l'utilité de consulter un psychiatre (la logique de consultation du psychiatre est moins bien acceptée par les personnes âgées que par les plus jeunes) ; même lors de l'admission d'une personne diagnostiquée maniaco-dépressive, il est difficile de poursuivre le suivi psychiatrique et, parfois même, le médecin traitant s'y oppose.

Toutes ces situations tendent à générer des tensions qui affectent tant les résidents que le personnel, voire même les familles des résidents. S'il apparaît alors impossible de trouver une solution au sein même de l'établissement, c'est souvent la voie de l'hospitalisation qui est envisagée, avec, pourtant, toutes les difficultés qu'une telle solution engendre : perturbation du patient liée à la perte de repères par rapport à son milieu de vie, charge financière très lourde pour la famille (qui doit assumer les coûts de la maison de repos en même temps que ceux de l'hospitalisation), sentiment d'échec pour le personnel, appréhensions par rapport au moment du retour du résident, difficulté pour l'établissement de conserver une place inoccupée pendant une période indéterminée, etc.

8. L'hôpital de jour, le centre de jour et le centre de soins de jour

Bien que ne pouvant pas être considérés comme des lieux de vie définitifs, mais plutôt comme des formules de transition, l'hôpital de jour, le centre de jour et le centre de soins de jour apparaissent, pour certains patients, comme un mode de prise en charge à favoriser. En effet, dans la mesure où la personne âgée présentant des troubles de santé mentale conserve un degré de mobilité suffisant et dans la mesure où l'environnement familial permet d'assurer encore une part de la présence nécessaire auprès du patient, il semble tout indiqué de valoriser au mieux ces potentialités, laissant au patient aussi longtemps que possible le bénéfice de ces « atouts sociaux ».

Si l'entourage familial du patient le permet, ces diverses formes de prises en charge de jour sont à envisager, car elles présentent de multiples avantages : le patient n'a pas à subir la transition difficile du placement et il continue à bénéficier de la stimulation du milieu de vie « traditionnel »; la charge du patient pour la famille est beaucoup plus supportable (physiquement, affectivement et financièrement), ce qui permet de retarder, voire d'éviter, le placement et de déculpabiliser l'entourage.
Enfin, si le placement devient inévitable, l'idéal est qu'il puisse se réaliser dans le cadre de la structure qui a assuré la prise en charge de jour car la transition et l'intégration seront d'autant plus aisées que le patient et sa famille connaissent l'établissement et que le personnel connaît le patient et ses limites.

Parmi les différentes formes de prise en charge de jour, on peut citer :

- l'hôpital de jour, vu comme un centre de jour thérapeutique, ayant comme objectif la mise au point thérapeutique dans l'optique d'une réinsertion dans le milieu familial;
- le centre de soins de jour qui offre, en journée, le même type d'encadrement et de soins qu'une maison de repos et de soins;
- le centre de jour, à visée « occupationnelle », qui offre, en journée, une prise en charge semblable à celle d'une maison de repos qui aurait développé un projet de vie et des activités favorisant la réactivation et le maintien des potentialités des résidents ; un tel centre de jour peut également constituer un prolongement utile à la prise en charge en hôpital de jour.

9. Les résidences-services

Les expériences d'accueil de personnes âgées présentant un trouble psychique en résidence-service sont difficiles car il n'y a pas de suivi thérapeutique possible de la personne. Cela peut, par exemple, poser un problème au niveau de la compliance du patient au niveau médicamenteux, car dans ce type de structure d'hébergement les personnes doivent par elles-mêmes gérer leur quotidien.

Une autonomie psychique est donc indispensable pour intégrer ce type d'hébergement, alors qu'une dépendance physique éventuelle pose moins de problème (une personne peut avoir recours à des services extérieurs, tels que les soins à domicile, ou encore bénéficier de certains services de la Maison de Repos à laquelle elle est rattachée, tels que les repas qui feront l'objet d'un supplément au prix d'hébergement).

On pourrait imaginer l'accueil de personnes présentant des troubles psychiques dans une structure qui serait plus proche de l'habitation protégée avec :

1. un financement du suivi thérapeutique de ces patients dans le prix de journée,
2. une révision des normes architecturales et d'encadrement.

10. Les centres de santé mentale

La structuration actuelle des CSM leur confère a priori un rôle central comme acteur de santé mentale spécialisé dans la prise en charge ambulatoire des personnes souffrant de problèmes psychiques, y compris un rôle de soutien aux services de soins à domicile. Par contre, la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques par ces services est parfois, par manque de moyens, rendue difficile, en tout cas dans la mesure où ils interviennent isolément.

Une part de ces difficultés tient au manque de mobilité des personnes. Or, de nombreux centres ne disposent pas de ressources humaines en suffisance pour dispenser le service au domicile des personnes.

Par ailleurs, le manque de moyens les amène souvent à devoir renoncer à des efforts spécifiques en termes de formation orientée spécifiquement vers la personne âgée.. En effet, si certains CSM ont manifestement consentis des efforts (notamment en termes de formation) pour mieux rencontrer les attentes spécifiques des personnes âgées, de nombreux CSM sont aujourd'hui face à une demande de prise en charge trop importante (quantitativement) compte tenu de leurs moyens humains et n'ont donc pas pu développer une « culture de la personne âgée ».

Enfin, il faut également constater que le caractère fort « discontinu » de ce mode de prises en charge est souvent un handicap. Même si, en termes de suivi du traitement du patient, la prise en charge par le CSM peut s'avérer satisfaisante, l'apport vis-à-vis de l'entourage peut apparaître trop faible par rapport à la charge que celui-ci supporte.

11. Les services de soins à domicile

Les services de soins à domicile ont par nature un rôle de « détecteur » important dans le champ de la santé mentale des personnes âgées. A côté des services de soins à domicile « classiques », des expériences-pilotes en matière de soins psychiatriques à domicile ont vu le jour récemment avec, fort heureusement, un lien fonctionnel avec les services classiques.

Toutefois, ici encore, la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques par ces services est parfois difficile, en tout cas dans la mesure où ils interviennent isolément. Comme pour les CSM, le caractère fort « discontinu » de ce mode de prises en charge est souvent un handicap. Même si, en termes de suivi du traitement du patient, la prise en charge par les soins à domicile peut s'avérer satisfaisante, l'apport vis-à-vis de l'entourage peut apparaître trop faible par rapport à la charge que celui-ci supporte.

Par contre, dans une optique de complémentarité et de travail en réseau des différentes structures destinées aux personnes âgées présentant des troubles psychiques, les services de soins à domicile ont un rôle essentiel à remplir : déceler rapidement l'émergence de troubles psychiques. Dans bien des cas, une intervention précoce pourrait éviter ou retarder de manière significative l'hospitalisation ou le placement. Cette potentialité doit être valorisée dans le travail en réseau, notamment par une meilleure intégration de la dimension « psychique » dans le contexte des soins à domicile « classiques ».