

Approche de la santé mentale et du vieillissement via les structures médico-sociales du maintien à domicile

Issus des travaux du programme régional de coopération 2009
pour la DRASSIF

Clics, réseaux de santé & centres médicaux psychologiques (CMP)

Sous le pilotage de
Dr Yolande Sobecki, médecin inspecteur de santé publique, pôle médico-social ARS Ile de France
Jocelyne Extra , psychosociologue - consultante

Demande et Objectifs

Une demande de la part des clics et des réseaux depuis 2006 , réitérée lors de l'enquête sur l'évolution de la coordination (2005 – 2008)

Objectifs du programme de coopération*

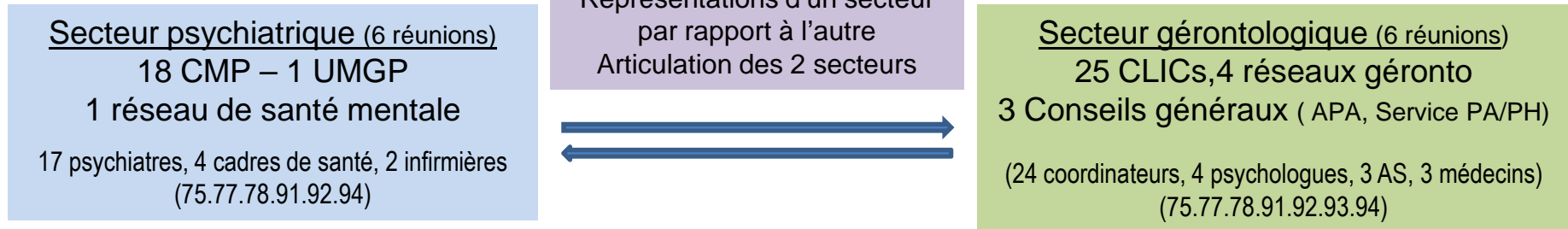
- Faciliter l'échange entre professionnels des deux secteurs gérontologiques et psychiatrique, au niveau aval (CLICs , reseaux et CMP en priorité)
- Améliorer la prise en charge des personnes vieillissantes « difficiles » dans le cadre du maintien à domicile
- Elaborer des solutions communes

**Action qui s'inscrit dans le programme structurel du PRSP, axe 2, objectif 14 (Personnes âgées) et qui vise à l'amélioration des pratiques entre les professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social.*

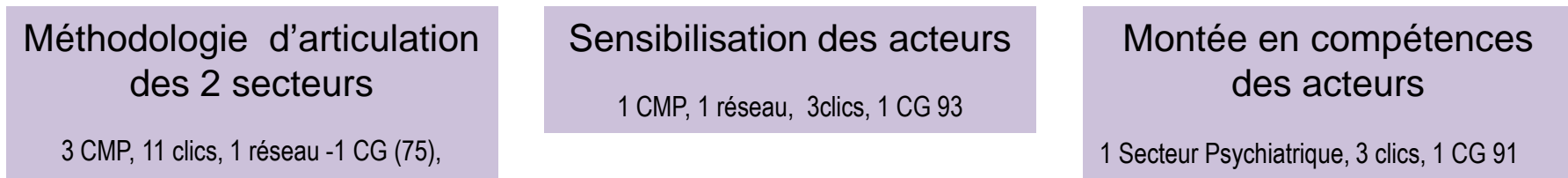
CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique, CMP : centre médico-psychologique

Méthodologie & Participation*

1^{ère} étape: représentations/attentes



2^{ème} étape : ateliers mixtes autour de propositions d'amélioration



+ 2 enquêtes « auto administrées » auprès d'un échantillon de CMP et des Clics

3^{ème} étape : restitution des travaux et débat (mars 2010)

**Participation basée sur le volontariat*

Photographie CMP*

un taux de participation faible : 15,8% sur les 145 CMP sollicités sur les 8 dpts

 **Le vieillissement de la population et des patients n'apparaît pas comme une préoccupation majeure du secteur, pour des raisons culturelles et historiques**

Caractéristiques des CMP répondants

56% déclarent un taux de patients âgés de 60 ans et + égal à celui de la région (16.6%), dont 40% un taux nettement supérieur

54.2 % perçoivent une augmentation des plus de 60 ans et 56.5% des plus de 75 ans, au cours des 2 dernières années

38% notent une arrivée significative de nouveaux patients seniors (addictologie, troubles du comportements)

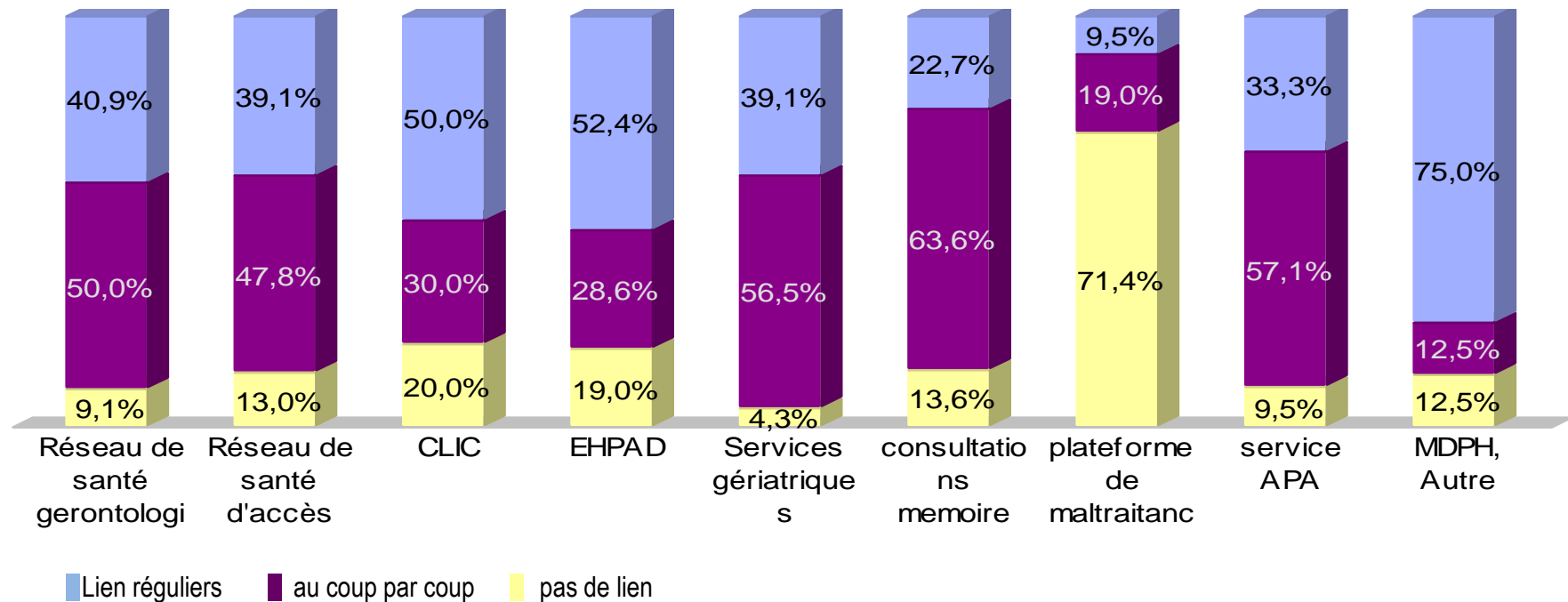
31% déclarent être formés à la gériatrie, 54 % à la psychogériatrie

69% bénéficient de consultations psychogériatriques, 23% de consultations gériatriques

 **des perceptions à objectiver, des dynamiques à observer dans le temps, l'échantillon n'est représentatif que de structures impliquées face au vieillissement**

** Enquête réalisée auprès des centres médicaux-psychologiques pour adultes en Ile de France, à partir d'un questionnaire auto administré adressé 4 par la DRASS aux établissements à partir du fichier Finess en Mars 2009)*

Relations des CMP avec le secteur gérontologique



1 CMP sur 2 déclare des liens réguliers avec les Clics (réunion de synthèse) et les EPHAD (relations asymétriques)
 La majorité des CMP travaille au coup par coup avec le secteur gérontologique dont les services APA

➔ Des liens à consolider compte tenu du poids du vieillissement déclaré

Principales attentes : 2 tendances en fonction du taux de PA dans la file active

Plus de 20% de PA : plus de coordination et d'anticipation (parcours, partage, visibilité sur les besoins)

Moins de 20% : plus de compétences et ressources (formation, info, personnel d'animation, bilan géronto)

Photographie des Clics

Un taux de participation de 50%,

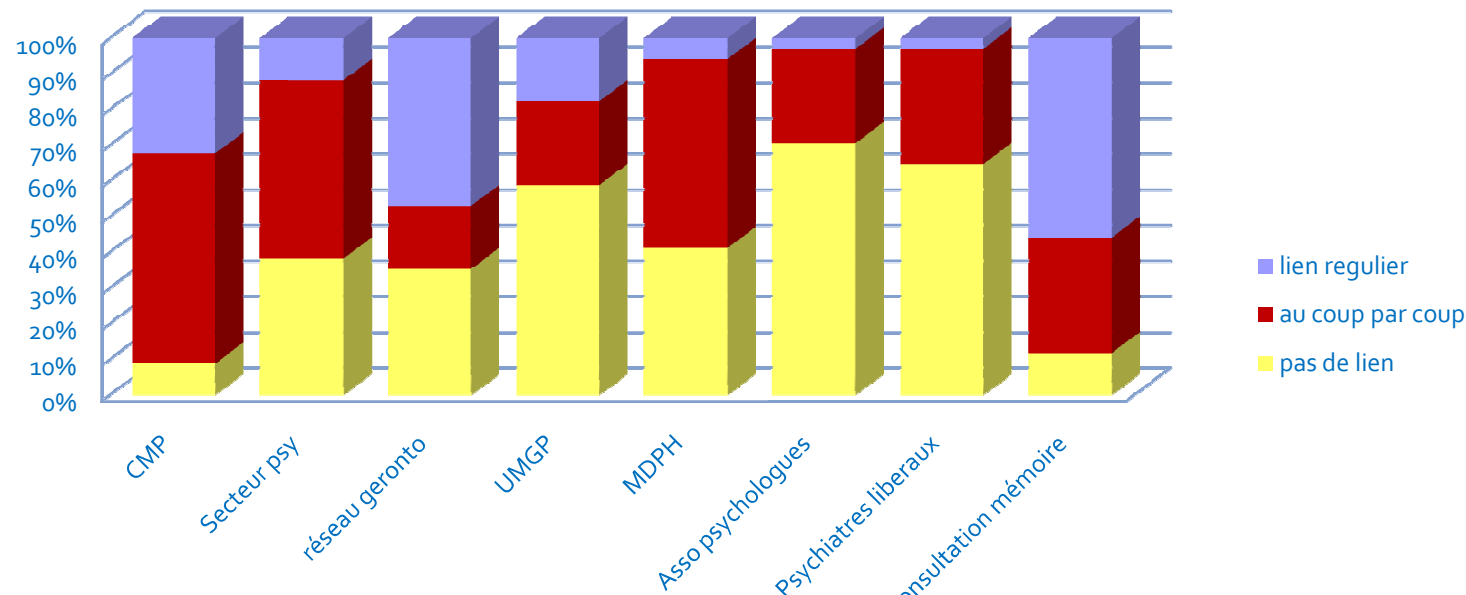
1/3 clic s'est formé à la question psychiatrique, 3/5 aux troubles du comportement des PA

1 clic sur 4 ne bénéficie pas d'aucune ressource psychologique, 1/2 s'appuie sur une ressource extérieure (réseau/asso)

2/5 ont vu leur territoire s'agrandir depuis leur création (écart plus important pour ceux appartenant à une filière gériatrique : 1 clic sur 2)

51.6% ont observé des affaiblissements ou disparitions de structures d'appuis au cours des 12 derniers mois, pour 63,6% qui ont vu de nouvelles créations (sad et 4 umgp 75.93.94.91)

Des relations avec le secteur psychiatrique à coordonner



- La relation avec le secteur psychiatrique majoritairement factuelle
- La relation avec les psychologues et psychiatres de ville est faible
- la relation avec les réseaux de santé et les consultations mémoire est plus ancrée et durable.
- Les clics appartenant à une filière gériatrique déclarent plus de liens réguliers avec les CMP, les UMGP et réseaux

Une approche le plus souvent sous tension

Coté CMP

- Sollicité en « renfort » par les municipalités, clics, urgences, consultation mémoire dès que situation « troublante » alors que le secteur est saturé, fragilisé
- Attitude prudente
 - Eviter de psychiatriser la vieillesse
 - Eviter de banaliser la visite à dom
- Un rapport au médecin traitant des PA insuffisant « *où sont-ils?* », ainsi qu'aux réseaux de santé
- Une stigmatisation de leurs patients âgés

Coté CLICs (réseaux)

- Des liens instables plus le fait d'individu et de l'histoire que de méthode
- Les conventions ne sont pas toujours une garantie
- Des situations difficiles qui tendent à augmenter – besoins d'appui, d'outillage
- Une évaluation des besoins difficile et insuffisamment partagée « *utilisation parcimonieuse des CMP* »
- Un médecin généraliste qui n'a pas plus de lien avec le secteur que les clics



Des territoires qui mutent, des structures de supports qui se fragilisent,
Un environnement social plus exigeant , plus pressant
Des cas complexes « chronophages »
Des difficultés pour l'herbergement (ehpad , foyers)

Une attente pour des unités mobiles de gériopsychiatrie pour le domicile

Des représentations à dépasser

Santé mentale « du bien être à la psychose »

- Un concept large : quid de la limite des interventions du secteur psychiatrique
- Des souffrances psychiques « oubliées » les névroses vieillissantes, le mal-être affectif, social...la résistance/le glissement



Des besoins de clarification et de montée en compétences, d'interface psychosociales

Des sujets non valorisants pour la société « stigmatisés » « vieux et/ou fou »



Un besoin de sensibiliser la société et les professionnels, dépasser les peurs

Deux secteurs qui communiquent mal et qui ne pratiquent pas ou peu le feed back (très irrégulièrement) : image du repli (secteur psychiatrique) à celle de la chronophagie (la gérontologie)



Des besoins de méthode , de rigueur, et de souplesse

Alors que des expérimentations communes se développent (Paris, 92...)

Une approche trop « schématique »

Des publics insuffisamment pris en compte

Pour le secteur psychiatrique :

les adultes psychiatriques vieillissants à domicile (50/65 ans)

Pour la gériatrie :

des publics amorçant un vieillissement difficile à domicile (65/75 ans)

Les deux étant hors du champ « naturel » de la gériatrie (75 ans et plus)

- ➡ Quid des filières gériatriques et filières psychiatriques face à cette question ?
- ➡ Quid des instances « psycho gériatriques » ?

Des cultures insuffisamment partagées

Pour le secteur psychiatrique : insuffisance de connaissance « geronto »,

Pour la gériatrie : insuffisance d'une culture psychiatrique , ce qui se répercute à l'aval (Sad, Ssiad..)

- ➡ Frein à une bonne fluidité dans la PEC, et à l'appréciation des besoins.

Des marges de manœuvre limitées pour les uns et les autres par la recherche de solution et une faiblesse en terme de santé publique (anticipation/visibilité).

Propositions d'améliorations issues des ateliers

Articulation des 2 secteurs (Dr J. Gauillard/CMP secteur 13-75 et N. Leroy/Clic Gerico.92)

Conserver une démarche de proximité et d'approche globale

Faciliter l'anticipation

Réduire les disparités entre secteurs, et actions

- Améliorer la lisibilité du secteur géronto-psy – état des lieux sur chaque territoire et secteur
- Changer les représentations et perceptions des PA et des professionnels
- Mettre en place un outil de liaison simple pour un suivi et une traçabilité des actions et pour pérenniser les actions

Sensibilisation des acteurs (JC Bordes/CMP Montrouge/Malakoff.92 et A. Merigou/Clic Yvelène. 78)

Construire un langage commun de repérage entre professionnels à l'échelon régional à partir de situations type (refus de soins, couple pathologique, Diogène, approche transculturelle, « patate chaude », personne inconnue des services)

Construire un espace de parole et d'information autour de la santé mentale des personnes vieillissantes (animation de territoire)

Montée en compétences des acteurs (E. Giuliano / CETPV - SHU 14 Ste Anne et C. Cormier/ PPEClic 19^{ème})

En priorité : former les intervenants à domicile (sad) pour limiter les refus d'intervention et les risques d'un service à 2 vitesses

Donner une culture commune aux clics, CMP, EMS, en s'appuyant sur les savoirs des réseaux et UMGP

Clarifier les 3 approches: géronto psychiatrique, psycho gériatrique, psycho gérontologique