

Florian DE AZEVEDO

Université de Lille 2
Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)
Master Management Sectoriel en secteur Sanitaire et Médico-Social

Freins et leviers au développement de la Psychiatrie de la personne âgée en France

Sous la direction du Docteur Martine LEFEBVRE, Présidente du Conseil
d'Administration de la F2RSM (Fédération Régionale de Recherche en
Santé Mentale)

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master
Année universitaire 2016 – 2017

Date de la soutenance : 15 septembre 2017

Composition du jury :

- Président du jury : Monsieur Stanislas WOCH, Professeur en Management des Etablissements de Santé à l'ILIS
- Directrice de Mémoire, Docteur Martine LEFEBVRE, Présidente du Conseil d'Administration de la F2RSM (Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale)
- Professionnel du jury : Monsieur Didier MAHE, Responsable Filière Socio-éducative à l'EPSM (L'Etablissement Public de Santé Mentale) de l'agglomération lilloise



Faculté Ingénierie et Management de la Santé - ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS



Remerciements

Je veux adresser tous mes remerciements aux personnes avec lesquelles j'ai pu échanger et qui m'ont aidé pour la rédaction de ce mémoire.

Je tiens tout d'abord à remercier le Docteur Martine LEFEBVRE, Présidente du Conseil d'Administration de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale, pour m'avoir fait l'honneur d'être la directrice de ce mémoire. Sa disponibilité, ses conseils, ses précisions sur le sujet et son avis tout au long de ce travail m'ont été d'une grande aide.

Je remercie Monsieur Stanislas WOCH, responsable de filière au sein de la Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS) pour son aide et ses conseils sur la rédaction du mémoire et sur la méthodologie.

Je remercie également Monsieur Didier MAHE, Responsable de la filière Socio-éducative à l'EPSM (L'Etablissement Public de Santé Mentale) de l'agglomération lilloise, qui a accepté d'être membre du jury lors de la soutenance.

Je remercie toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à mes questions lors des entretiens. Leurs conseils et leur éclairage m'ont été d'une aide précieuse pour la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je remercie les personnes qui m'ont soutenu et qui ont eu la patience de relire mon mémoire ainsi que pour leurs conseils. Je remercie mes parents et mes amis : Camille, Jean-Baptiste, Julien et Solène.

Sommaire

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
MÉTHODOLOGIE	4
GLOSSAIRE	6
INTRODUCTION	8
PARTIE I : LA PSYCHIATRIE DU SUJET AGE	12
PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ : DÉFINITION ET CHAMP DE COMPÉTENCE	12
HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE	13
LÉGISLATION ET POLITIQUES DE SANTÉ EN FRANCE AUJOURD'HUI	18
CONCLUSION INTERMÉDIAIRE	24
PARTIE II : FREINS AU DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGE EN FRANCE	25
UNE ABSENCE DE DÉFINITION	25
UNE SPÉCIALITÉ NON RECONNUE	27
UNE COMMUNICATION ET UNE ORGANISATION DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE INSUFFISANTES	30
UNE PRISE EN CHARGE DIFFICILE : ENTRE MANQUE DE SPÉCIALISTES ET DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC	31
UN DÉSINTÉRÊT ENVERS LE SUJET ÂGÉ ET LE SUJET ÂGÉ PSYCHIATRIQUE	34
UN MANQUE DE RECHERCHES EN FRANCE SUR LE SUJET	36
LA MAUVAISE IMAGE DE LA PSYCHIATRIE	38
CONCLUSION INTERMÉDIAIRE	40
PARTIE III : LEVIERS ET AXES D'AMÉLIORATION POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGE EN FRANCE	42
LES LEVIERS	42
Le maillage territorial en France	42
Le regain d'intérêt pour la personne âgée	43
Une bonne prise en charge psychiatrique en France	45
LES PROJETS EN COURS POUR L'AMÉLIORATION DU DÉVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE	46
Eclaircissement de la définition de la psychiatrie de la personne âgée	46
Les associations des usagers également concernées	47

LES AXES D'AMÉLIORATIONS	47
Améliorer la prévention	47
Améliorer la communication inter-établissement	49
Développer l'ambulatoire	49
CONCLUSION INTERMÉDIAIRE	51
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	58
TABLE DES FIGURES	62
ANNEXES	63
ANNEXE 1 : ENTRETIEN AVEC LE DOCTEUR PHILIPPE GRANATO, PSYCHIATRE CHEF DE SERVICE	63
ANNEXE 2 : ENTRETIEN AVEC MR. D., CADRE DE SANTÉ	67
ANNEXE 3 : ENTRETIEN AVEC UNE BÉNÉVOLE DE L'UNAFAM 62	71
ANNEXE 4 : ENTRETIEN AVEC MME SÉVERINE CONSTANT, RESPONSABLE DES SOINS	73
ANNEXE 5 : ENTRETIEN AVEC LE DR D, MÉDECIN PSYCHIATRE	75
ANNEXE 6 : ENTRETIEN AVEC M. BENOIT HUE, DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT	78

Méthodologie

Le présent mémoire a été écrit dans le cadre du Master 2 Management Sectoriel en secteur Sanitaire et Médico-Social à l'ILIS (Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé), Université de Lille 2 Droit et Santé.

La thématique choisie pour ce mémoire est la psychiatrie des personnes âgées.

Une revue de littérature a d'abord été réalisée afin de dégager une problématique en rapport avec la thématique mais aussi afin d'acquérir les connaissances nécessaires pour l'écriture de ce mémoire. Ces connaissances ont pu être mises à profit lors des rencontres avec des professionnels du secteur.

Une fois la problématique définie et validée par le Président de Jury et par la Directrice de ce mémoire, il a été choisi une méthode d'enquête permettant de répondre à la problématique.

Cette méthode consistait en la réalisation de plusieurs entretiens semi-directifs (7 au total) auprès de divers professionnels de santé. Il a semblé plus pertinent d'interroger des professionnels d'une seule région car chaque région dépend d'une Agence Régionale de Santé qui planifie la politique de santé sur son territoire d'action. Ainsi chaque région met en place une politique de santé différente mais se conformant à la politique nationale de santé.

Il a été choisi de prendre une région française où la prise en charge psychiatrique du sujet âgé n'est pas en retard par rapport à d'autres régions mais au contraire une région où la prise en charge est développée à travers différents types de structures (privés, publics, hospitalisation complète, hospitalisation partielle, équipe mobile...). Après des recherches, le Nord-Pas-de-Calais s'est avéré une région répondant à ces critères.

Pourquoi avoir choisi le Nord-Pas-de-Calais et non les Hauts de France ? Ce choix est dû au fait que la prise en charge psychiatrique des personnes âgées est surtout cadrée par les différentes Agences Régionales de Santé. Les structures et équipes actuelles ont été développées et mises en place grâce à l'ARS Nord-Pas-de-Calais. Les objectifs ont été fixés par celle-ci et non par l'ARS Haut de France, qui est encore trop récente, héritière de l'ARS Nord-Pas-de-Calais et de l'ARS Picardie.

Le choix des professionnels contactés a été fait selon les réponses reçues aux demandes d'entretiens. Il a été choisi de prendre des professionnels de différentes professions (médecins, cadre de santé, directeur d'établissement) issus de différentes structures (Hôpital/Clinique avec service de gériopsychiatrie, hôpital/clinique sans service de gériopsychiatrie, équipe mobile). Le but étant de refléter la pensée des professionnels du secteur sur une région donnée. De plus, une association de représentants des usagers a été contactée, l'UNAFAM¹ 59 et l'UNAFAM 62 afin de recueillir également leur avis sur la prise en charge psychiatrique des personnes âgées.

Tous les entretiens ont été menés par téléphone car je réalise mon contrat d'apprentissage dans une clinique de santé mentale dans le Var et il m'était difficile de me rendre dans le Nord-Pas-de-Calais. Aucun entretien n'a été enregistré. A la fin de chaque entretien, il a été demandé à chaque interviewé s'il souhaitait être cité dans le mémoire. Trois personnes ont acceptés, les autres préférant conserver l'anonymat soit pour des raisons personnelles soit pour éviter que l'on associe leur opinion à celle de l'établissement ou du groupe pour lequel ils travaillent.

Un résumé a été réalisé pour six des sept entretiens menés, un entretien n'a pas été retranscrit car pas assez pertinent. Ils sont annexés à la fin de ce mémoire.

Les entretiens ont permis d'apporter des éléments de réponse à la problématique choisie ainsi que des pistes de recherches bibliographiques pour la rédaction de ce mémoire.

¹ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Glossaire

AFEP : Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie

AMP : Association Mondiale de Psychiatrie

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CIP : Colloque International de Psychogériatrie

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNEMMOP : Commission Nationale des Etudes de Maïeutique, Médecine, Odontologie et Pharmacie

CNIPI : Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat

DAF : Dotation Annuelle de Financement

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisés

DGESIP : Direction Générale pour l'Enseignement Supérieur et l'Insertion Professionnelle

EFPT : European Federation of Psychiatric Trainees

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

ESSMS : Établissement ou Service Social ou Médico-Social

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : International Psychogeriatric Association

MAIA : Méthode d'Action Intégration Autonomie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

PMT : Projet Médical de Territoire

PRS : Projet Régional de Santé

RIM-P : Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SPLF : Société de Psychogériatrie de Langue Française

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins puis depuis 2011 Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UCC : Unité Cognitive Comportementale

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

VAD : Visite à Domicile

WPA : World Psychiatric Association

Introduction

La population française vieillit, c'est à dire que la proportion de personnes âgées au sein de la population augmente. C'est un fait avéré depuis plusieurs années. En effet, environ 4,6 millions de personnes de plus de 65 ans en France en 1950 étaient comptabilisées ce qui représentait 11,2% de la population. En 1975, cette proportion augmenta jusqu'à 13,4%. L'année 2000 recensait plus de 9,4 millions de personnes âgées soit 16% de la population. Les derniers chiffres de 2016 indiquent 12,3 millions de français de plus de 65 ans représentant 19 % de la population. **[1]** Selon les projections de l'INSEE², en 2050 la France comptera plus de 20 millions de personnes âgées. Les causes de ce vieillissement généralisé sont principalement dues à l'avancée en âge des enfants issus du *baby-boom*, nés entre 1945 et 1975, ainsi qu'à la hausse de l'espérance de vie. **[2]** Il est évident qu'un tel vieillissement de la population aura des conséquences sur la société française et ses organisations dans le futur.

La politique de santé publique devra s'adapter pour pouvoir prendre en charge cette population vieillissante. En effet, avec l'augmentation en âge, le risque de développer des maladies augmente. La psychiatrie et la santé mentale sont également concernées par ces maladies qu'elles soient vieillissantes ou apparaissant lors du 3^{ème} - 4^{ème} âge.

Avant de poursuivre sur la psychiatrie et la santé mentale, une définition de ces deux termes facilitera la lecture de ce mémoire:-

Le terme "psychiatrie" a été utilisé pour la première fois par Johann Christian Bell, médecin psychiatre allemand, en 1808. Le mot psychiatrie vient du grec *Psyche* signifiant "l'âme ou l'esprit" et *latros* signifiant "médecin". La psychiatrie est donc la médecine de l'âme ou de l'esprit. Cette science étudie et traite les maladies mentales quelles que soient leurs causes, psychiques, neurologiques ou psychosociologiques. Elle intervient au niveau du diagnostic, du traitement et de la prévention des maladies mentales. En France, la psychiatrie est divisée en deux catégories : la psychiatrie adulte et la psychiatrie infanto-juvénile qui concerne les patients jusqu'à l'âge de 16 ans. **[3]**

² Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Pour définir la notion de santé mentale, il est important de spécifier auparavant la notion de santé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme : « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. » Le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être définit la santé mentale comme suit : « la santé mentale est un droit de l'Homme. Elle est indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie. Elle favorise l'apprentissage, le travail et la participation à la société ». La santé mentale comporte trois dimensions : les troubles mentaux, la détresse psychologique et la santé mentale positive. La première dimension est de l'ordre médical, se concentrant sur les maladies et les troubles mentaux. C'est le domaine de la psychiatrie. La deuxième dimension concerne les difficultés et les troubles psychologiques liés aux contextes et à l'environnement. Enfin la troisième dimension, la santé mentale positive concerne le bien-être mental, la qualité de vie, l'épanouissement personnel. [4]

La santé mentale est donc un domaine plus large que la psychiatrie englobant cette dernière.

L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) a publié le Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-P) de 2015 qui recense les chiffres clés de la psychiatrie en France. Durant cette année, 419 000 hospitalisations en psychiatrie ont été enregistrées et plus de 2 millions de personnes pris en charge en ambulatoire dans des établissements sous Dotation Annuelle de Financement (DAF) [5]. Cependant, selon un rapport de l'OMS, 25% de la population mondiale souffre de troubles mentaux. Les troubles les plus courants sont la dépression, la bipolarité, la schizophrénie, la démence, la déficience intellectuelle et les troubles du développement, y compris l'autisme. [6 ; 7]

Toujours selon l’OMS, l’une des premières causes de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées est liée aux troubles mentaux. Un indicateur utilisé pour mesurer le nombre de personnes âgées atteintes de troubles psychiques est la consommation de psychotropes. Chez les plus de 70 ans, c’est une personne sur deux qui en consomme et cette statistique augmente si la personne est en institution. Le nombre d’hospitalisation en psychiatrie augmente avec l’âge même chez les plus de 80 ans.

Selon les pathologies, la prévalence des troubles psychiatriques n’évolue pas de la même manière avec l’âge. Certains troubles comme la psychose ou les troubles bipolaires ont la même prévalence chez les personnes âgées et chez les adultes “jeunes”. D’autres troubles comme la dépression, l’anxiété augmentent avec l’âge mais aussi si la personne est en institution. [8]

En France, on dénombre environ 3000 suicides par an chez les personnes âgées ce qui représente environ 0,6% de l’ensemble des décès. On observe une prévalence plus élevée chez les hommes que chez les femmes avec 2200 à 2300 suicides pour les hommes et 750 suicides pour les femmes. Le taux de suicide augmente jusqu’à 54 suicides pour 100 000 habitants chez les hommes de plus de 70 ans. [9 ; 10]

Au regard de ces chiffres, un besoin conséquent en psychiatrie pour les personnes âgées se fait ressentir. La psychiatrie du sujet âgé est une discipline relativement nouvelle. Elle connaît un développement croissant qui sera de plus en plus important avec l’augmentation en âge de la population. De ce fait, la problématique suivante se pose :

Quels sont les freins et les leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Pour y répondre, ce mémoire a été structuré en trois parties distinctes :

La première partie se concentrera sur le cadrage de la psychiatrie de la personne âgée avec une présentation du contexte historique de la psychiatrie et de la vision de la personne âgée puis une présentation du contexte réglementaire pour comprendre dans quel cadre évolue cette discipline actuellement.

La seconde partie exposera les différents freins au développement de cette discipline en France. Ces freins ont été recensés lors des entretiens réalisés auprès de professionnels mais aussi lors de recherches bibliographiques.

Enfin la troisième partie présentera les leviers sur lesquels la psychiatrie de la personne âgée pourra s'appuyer pour se développer en France. Quelques projets en cours seront ensuite exposés. Ils démontreront que cette discipline est en cours de développement. Enfin des axes d'amélioration pour le développement de la psychiatrie de la personne âgée seront suggérés.

Partie I : La psychiatrie du sujet âgé

Psychiatrie du sujet âgé : définition et champ de compétence

La psychiatrie de la personne âgée a été traitée par plusieurs médecins et chercheurs, sans pour autant qu'une définition commune ait été trouvée avant la fin des années 90. Sous l'initiative de Jean Wertheimer, se sont tenues, de 1996 à 1998, à Lausanne, en Suisse, trois conférences sur la psychiatrie de la personne âgée afin notamment de la définir, définir ses limites mais aussi les objectifs et les enjeux de cette prise en charge. Jean Wertheimer était le directeur du centre collaborateur pour la Psychogériatrie de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) mais aussi le Président de la Section Psychiatrie de la Personne Âgée de l'Association Mondiale de Psychiatrie (AMP ou WPA en anglais pour *World Psychiatric Association*).

La définition retenue est la suivante : “La psychiatrie de la personne âgée est une branche de la Psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prendre en charge tous les types de pathologies psychiatriques du sujet âgé, y compris les troubles organiques, et leurs conséquences” [11 ; 12]

Les premiers propos de ce mémoire parlent des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques comme s'il s'agissait d'un groupe homogène. Or S. Pariel-Madjlessi a démontré que deux types de populations peuvent être distingués [13] auxquels s'ajoutera un troisième type :

- Les patients qui ont souffert de troubles psychiatriques, psychiques une partie de leur vie et qui atteignent le grand âge. L'enjeu est alors d'accompagner leur vieillissement avec la maladie.
- Les personnes âgées qui ne souffraient pas forcément de troubles psychiatriques chroniques et qui développent un trouble ou rechutent une fois arrivées dans le 3^{ème} ou le 4^{ème} âge (par exemple : une personne âgée qui vit un épisode dépressif ou qui fait une tentative de suicide ou encore, qui développe des troubles délirants ou maniaques). On traite ces personnes principalement pour

des dépressions, des délires à début tardif, des troubles névrotiques ou encore des addictions. Ces patients ont une moyenne d'âge plus élevée que les patients de la première population identifiée.

- Les patients déments souffrant de troubles du comportement. Ils sont pris en charge principalement par des gériatres et des neurologues. Ils sont aussi pris en charge par des psychiatres surtout lors d'entrée en urgence psychiatrique. C'est pourquoi S. Pariel-Madjlessi ne les a pas identifiés comme une population à part entière car ils sont pris en charge principalement par des services de neurologie ou de gériatrie.

Ces trois populations ont des pathologies et des traitements différents que ce soit sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique.

Historique de la psychiatrie de la personne âgée

La problématique de ce mémoire portant sur le développement de la psychiatrie du sujet âgé en France, il nous semble important de définir auparavant le contexte historique occidental de cette discipline et la vision de la vieillesse à travers l'histoire afin de mieux comprendre comment s'est développé ce type de prise en charge en France.

De l'Antiquité au XIX^{ème} siècle

[14] Le papyrus Edwin Smith découvert en 1862 à Thèbes est le plus ancien document médical connu associant tête et fonctions cognitives. Ce document remontant au XVII^{ème} siècle avant Jésus-Christ, fait état de la médecine dans l'ancienne Egypte. Déjà à l'époque les Égyptiens pensaient que l'avancée en âge pouvait engendrer des troubles de mémoire.

Dès l'Antiquité, il a été question de considérer le déclin psychique des personnes âgées. La vieillesse tout comme le vieillissement étaient considérés comme des maladies incurables. Les philosophes à cette époque plaçaient la vieillesse entre sagesse et dépérissement mental et cognitif. Cet état était plaint et redouté aussi cherchait-on à adoucir les malheurs « du vieillissant » afin qu'il puisse rester en bonne santé « le plus longtemps possible ». Pour se protéger les Romains ont d'ailleurs légiféré sur les différents éléments séniles et la manière de les éviter. Cet aspect de la vieillesse, restera un héritage fondamental pour les siècles suivants.

Hippocrate proposera aux sujets âgés, des régimes et des conseils d'hygiène tels que la sobriété ou le recours à des remèdes doux. Ces conseils seront repris plus tard par Gaius Caelius Aurelianus qui les regroupera dans le *Gerontologia*. Ils resteront valables en Europe jusqu'au XIX^{ème} siècle.

Au Moyen-Age, en Occident, plusieurs images de la vieillesse se superposent : la sénilité, la décrépitude, la perte de contrôle et la connaissance de soi.

La Renaissance ne considérera plus le vieillard comme l'homme d'expérience en politique tel qu'il était considéré pendant l'Antiquité. Au contraire, place sera faite « au héros jeune ».

Au XVIII^{ème} siècle, la philosophie des Lumières permettra de reconnaître le sujet âgé dans sa spécificité. C'est ainsi que Buffon, Darwin, et Goethe essayeront de changer les idées sur le vieillissement considérant alors celui-ci comme une rupture de communication entre l'homme et son environnement.

Le début du XIX^{ème} siècle est marqué par différentes conceptions de la maladie mentale qui sont la conception médicale, la conception métaphysique et la conception littéraire.

La conception médicale soutenue par Cullen considère la maladie mentale comme toutes les autres maladies. La conception métaphysique soutenue par Kant considère la folie comme une maladie de la raison et non de l'âme. Quant à la conception littéraire, elle est inspirée de la tradition grecque qui souhaitait capturer l'obscurité et l'irrationnel de la psyché.

Grâce à l'œuvre de Charcot, les troubles mentaux de la personne âgée ont fait leur apparition dans la littérature scientifique. Des maladies spécifiques ont été ainsi attribuées à ce type de population. Charcot a bénéficié pour ce faire, de la psychologie du développement, de la théorie de l'évolution et de la dégénérescence et de l'étiologie. Les réflexions sur la notion de déclin et de dégénérescence liés au temps ont été prises en compte dans cette œuvre.

Dans le XIX^{ème} siècle, les hospices départementaux accueilleront de nombreux sujets âgés pauvres et indigents, l'essor démographique et industriel tout comme l'exode rural ou l'urbanisation en seront les facteurs déclenchants. On les retrouvera plus tard, faute de place, en asile psychiatrique dès leur création en 1838.

La création d'asiles pour les sujets âgés indigents sera précautionnée par le Docteur Esquirol. Par contre le mode de prise en charge du sujet âgé restera source de conflits en France jusqu'à la fin de ce siècle.

Pour Antoine Ritti à cette époque, « la psychose de la vieillesse consistera en des affections mentales se développant chez le sujet de plus de 60 ans indemne avant cet âge de tout trouble psychique ». **[14]**

Jules Seglas se penchera également au même moment, sur les délires séniles. Ce champ d'investigation s'enrichira des apports histologiques de Léni et Alzheimer.

Un peu plus tard, la pathologie mentale de la personne âgée sera dominée par la pathologie démentielle. Les échanges entre hospices et asiles seront fréquents.

L'élaboration de prises en charges adaptées au sujet âgé ne retiendra pas l'attention des psychiatres avant un certain temps. En effet, ils considéraient que s'occuper d'une personne âgée n'était pas gratifiant.

La fin du XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème} siècle sont marquées par l'augmentation d'études sur le processus démentiel et ses causes pour arriver aux études anatomopathologistes d'Alzheimer et autres histologistes cliniciens.

Du XX^{ème} siècle à nos jours

La première moitié du XX^{ème} siècle voit émerger différents travaux sur l'étude clinique de la pathologie mentale de la vieillesse. Cette période coïncide avec le positionnement de la gériatrie. Pour précision, le terme « gériatrie » est apparu en 1909 dans l'ouvrage d'Ignaz Nascher intitulé *Geriatrics*.

C'est en 1950, que l'on peut constater un intérêt plus important concernant les troubles psychiques de la personne âgée. En Europe et en Amérique du Nord, on pourra considérer que c'est à cette époque que la psychiatrie de la personne âgée voit le jour conjointement ou après, selon les pays, à la gériatrie.

En effet en 1952, la Fédération Mondiale pour la santé mentale lors d'une de ses réunions à Bruxelles, abordera « le problème de la santé mentale du vieillard ».

Henri Baruk en 1955, créera à la Maison Nationale de Saint Maurice, son service de gériatrie psychiatrique. Il sera également chargé d'un rapport sur la neuropsychiatrie des vieillards lors du 3^{ème} congrès international de gérontologie.

Chaque pays a mis en place sa propre organisation institutionnelle concernant la psychiatrie de la personne âgée. Cette discipline a apporté de nombreuses compétences théoriques et pratiques particulières qui en ont fait une spécialité reconnue dans certains pays par un diplôme spécifique.

L'année 1960 est marquée par le rapport de la Commission Laroque. Ce dernier préconise la création d'hôpitaux de jour et de services de gériatrie dans les Centres Hospitaliers Universitaires, l'objectif étant d'encourager l'Enseignement et la Recherche. La préférence est cependant donnée à cette époque à la formation des gériatres à la psychiatrie plutôt qu'à la formation des psychiatres à la gériatrie.

L'année 1967 voit la création de la Fondation Nationale de Gérontologie et la publication à Stuttgart par Müller de *La gérontopsychiatrie : psychiatrie du grand âge*.

Des structures et consultations de psychogériatrie sont ouvertes à cette époque également à Genève et à Lausanne.

En 1970, sont créées en France des structures de soins spécialisés en psychogériatrie.

En 1978 est créé l'American Association for Geriatric Psychiatry.

En 1980, naît en France, la psychogériatrie définie comme l'étude et la prise en charge de la personne âgée souffrant dans sa globalité. C'est le Professeur Léger qui mettra le premier en place, une unité spécifique de psychologie du sujet âgé au sein d'un centre hospitalier spécialisé.

En 1981 naît l'International Psychogeriatric Association (IPA). Cette entité proposera de nombreuses réflexions et consensus sur les techniques et approches de la prise en charge des troubles mentaux de la personne âgée.

En 1982 est organisé le premier Colloque International de Psychogériatrie (CIP) à Limoges sur le thème « psychiatres et gériatres devant l'hospitalisation du vieillard : recherche d'une autre alternative ».

En 1986, la Société de Psychogériatrie de Langue Française (SPLF) est créée. Elle est composée de psychiatres, de gériatres, de psychologues, de neurologues et de cliniciens. Elle propose chaque année un congrès sur différents thèmes. Le congrès de 2017 se tiendra les 14 et 15 septembre. Les thèmes abordés seront, par exemple, l'innovation thérapeutique, l'intérêt et l'usage des antidépresseurs chez les personnes âgées, la sexualité en EHPAD etc.

En 1987, est officiellement créée l'Association Européenne de Psychiatrie Gériatrique.

En 1988 Jean-Marie Léger sort son ouvrage « psychopathologie du vieillissement » tandis que la revue *Psychogériatrie* voit le jour en 1989.

C'est une spécialité désormais qui engendre de plus en plus de manifestations scientifiques.

La réunion de la SPLF et de l'Association Européenne de gérontopsychiatrie réunit en 1990 dans le cadre du 5ème CIP, fut fédératrice.

Les travaux sur les signes et symptômes psychologiques et comportementaux des démences ont engendrés en France de plus en plus de créations de systèmes de soins articulés autour des troubles des conduites. C'est ainsi qu'apparaissent des unités de psycho-gériatrie, des unités Alzheimer, des hôpitaux de jour et équipes mobiles de psychiatrie pour personne âgées.

Législation et politiques de santé en France aujourd'hui

La connaissance de ces étapes historiques et de leurs apports permet d'établir une vision de l'évolution de la psychiatrie de la personne âgée à travers le temps. Elle pose également les bases du développement de celle-ci de nos jours. Avant de poursuivre cette étude, un état des lieux des politiques de santé et de législation en France dans ce domaine est également nécessaire pour comprendre la situation telle qu'elle apparaît aujourd'hui.

En France, le cadrage législatif concernant la psychiatrie de la personne âgée est peu existant. C'est pourquoi cette prise en charge se fait principalement par l'adaptation du cadre légal de la psychiatrie et de la santé mentale pour adulte. La circulaire DHOS/02 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées définit la prise en charge psychiatrique du sujet âgé comme un des objectifs des SROS III (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire). Elle prévoit un financement de 2 millions d'euros réparti sur les établissements français proposant ce type de prise en charge. [15]

Un cadrage national : le plan psychiatrie et santé mentale

Au niveau de la loi, le code de la santé publique stipule, pour la santé mentale que "l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés, notamment les établissements autorisés en psychiatrie, contribue à la mise en place d'actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale." Cette mise en œuvre se fait selon le projet territorial de santé mentale. [16]

Le plan psychiatrie et santé mentale est édité par le ministère de la Santé et le ministère des Solidarités. Son champ d'action concerne l'ensemble du territoire français. L'objectif de ce plan est d'améliorer le système de santé sur la prise en charge psychiatrique notamment en effectuant un diagnostic de territoire des installations présentes en France. Le dernier plan psychiatrie et santé mentale date de 2011 et couvrait la période 2011-2015. Il rappelle également que la France a signé en 2008 le Pacte Européen pour la santé mentale et le bien-être, qui reconnaît la santé comme un droit de l'Homme. La santé mentale des personnes âgées est l'un des domaines prioritaires de ce pacte. L'objectif du plan psychiatrie et santé mentale est de permettre aux Français de comprendre la politique en matière de santé mentale sur le territoire mais également de permettre aux acteurs du système de santé de s'aligner sur les objectifs et plans d'actions prévus dans celui-ci. Ce plan a vocation à être dupliqué par les ARS au niveau régional.

Concernant la prise en charge psychiatrique des personnes âgées, celle-ci n'est mentionnée que deux fois dans ce plan sans faire l'objet d'actions particulières. La première évocation mentionne la prise en charge psychiatrique des personnes âgées comme une offre spécialisée dont l'utilité n'est plus contestée. Il préconise d'éviter la création de nombreuses sur-spécialisations afin de ne pas segmenter l'offre de soins qui rendrait floues toutes les prises en charge existantes pour les patients. La deuxième évocation préconise de développer des programmes de lutte contre l'isolement. De plus, le plan a aussi pour objectif de rapprocher gériatrie et psychiatrie pour une meilleure coordination des soins. **[17]**

Son avancement est évalué chaque année par le HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique). Dans le rapport de l'évaluation globale du plan de cette autorité en 2016 **[18]**, il a été mis en évidence, selon les régions, une hétérogénéité de la prise en charge psychiatrique et des moyens alloués. Ce document démontre que cette prise en charge du sujet âgé doit être améliorée en organisant notamment une psychiatrie spécifique pour ce type de personne. La constitution de filières communes de gériatrie et de psychiatrie ainsi que la mise en œuvre du fond d'intervention régional en 2013 a permis une augmentation du nombre de services et de prises en charge en psychiatrie de la personne âgée.

Un cadrage régional pour l'amélioration des soins

L'un des cadrages de la psychiatrie de la personne âgée se fait par le cadre des SROS / PRS (Projet Régional de Santé) qui définissent les objectifs d'offres de soins.

[19] Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, comme leur nom l'indique, sont établis pour une région donnée. Il existe un SROS par région sanitaire. L'objectif de ces SROS est de réduire les inégalités d'accès aux soins, d'améliorer l'état de santé de la population et l'efficacité du système de santé que ce soit au niveau des établissements sanitaires et médico-sociaux qu'au niveau de l'offre ambulatoire. Le SROS se veut être un outil d'évaluation des besoins de la population, de l'offre de soins existante et de la détermination des orientations stratégiques de la région en matière de santé.

Le SROS est réévalué tous les 5 ans mais peut être révisé à tout moment si besoin. La mise en place des SROS date de 1991 avec la loi du 31 juillet de la même année portant sur la réforme hospitalière. Depuis, trois générations de SROS ont vu le jour :

- Le SROS I (1991 à 1999) a mis en place des établissements hospitaliers par zone de 200 000 habitants. Ce SROS n'intégrait pas de volet spécifique relatif à la psychiatrie.
- Le SROS II (1999 à 2004) a mis en place une organisation territoriale à trois niveaux : région, bassin de vie et secteurs sanitaires. C'est dans ce second SROS que l'on voit apparaître le premier volet psychiatrique. Le Nord-Pas-de-Calais est l'une des régions ayant fait de la psychiatrie une priorité. Il avait été octroyé 250 millions de Francs à la région pour le développement de la psychiatrie. Le SROS II a été prorogé de 2004 à 2006.
- Le SROS III (2006 à 2011), a redéfini les secteurs sanitaires désormais appelés "territoires de santé" afin d'améliorer l'adéquation entre l'offre et les besoins en santé des régions. Les territoires de santé ne sont plus définis au niveau national, comme dans les SROS I et II. Désormais ce sont les ARH (Agences Régionale de l'Hospitalisation remplacées depuis la loi HPST³ par les ARS) qui sont en charge de définir la carte sanitaire selon les activités et qui fixent les objectifs pour les cinq ans du schéma. L'ARH élabore alors un Projet Médical de Territoire (PMT).

³ Hôpital, Patients, Santé et Territoire

Le SROS, *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire*, a été remplacé depuis 2011 et la loi HPST par *Schéma Régional d'Organisation des Soins*. Ils sont désormais intégrés aux PRS. C'est pourquoi la dénomination SROS-PRS sera employée plutôt que celle de SROS IV. Hormis l'intégration du SROS au PRS, le changement majeur par rapport aux SROS I, II et III est que désormais ce SROS-PRS s'applique aussi à l'offre de soins ambulatoire. La permanence des soins dans les établissements de santé est réorganisée ainsi que l'organisation des missions des services publics des établissements de santé. [20]

Le cadrage principal de la psychiatrie de la personne âgée s'établit par territoire et par région à travers ces SROS-PRS.

Dans le PRS 2012-2016 du Nord-Pas-de-Calais, le bilan du SROS III est mentionné. Concernant la psychiatrie des personnes âgées, le SROS prévoyait d'améliorer la prise en charge de la souffrance psychique de celles-ci. Dans cette optique d'amélioration, il a été créé une équipe de psycho-gériatrie à Lille. Le nouveau SROS-PRS encourage la création et le développement de nouvelles équipes dédiées à la psychiatrie de la personne âgée. Dans le PRS, il est fait mention de la nécessité de développer la psychiatrie de liaison dans chaque zone de proximité comme les filières gériatriques et les accueils géronto-psychiatriques. Il prévoit également de former des groupes de réflexions psychiatriques par territoire afin de structurer et d'organiser le dispositif de soins ainsi que les coopérations qu'elles soient inter-établissements ou inter-disciplines. Ce SROS-PRS prévoit également de mieux articuler les actions sanitaires, médico-sociales et sociales au niveau de la psychiatrie en générale et donc de la psychiatrie de la personne âgée qui est un domaine relevant des capacités du sanitaire, du médico-social mais aussi du social. Un autre objectif est de promouvoir les actions conjointes avec les ESSMS (Établissement ou Service Social ou Médico-Social) et de développer avec ceux-ci des équipes de psychogériatrie [21]

Le Bilan du PRS 2012 - 2016 concernant la psychiatrie de la personne âgée indique la création d'un projet qui a mobilisé le CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire) de Lille et le Centre Hospitalier de Cambrai, 18 EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes), un SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et un SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile). Un dispositif de téléconsultation de psychogériatrie a aussi été créé en 2014 dans le cadre de l'expérimentation PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) sur la région du Valenciennois-Quercitain grâce à l'appui du CH de Valenciennes et du CH de Denain. Ce système permet de ne pas faire déplacer le patient et sa famille (ce qui n'est pas négligeable pour les personnes âgées rencontrant des problèmes de mobilité), il permet également une intervention plus rapide des équipes mais également des interventions en lien avec plusieurs disciplines autour du sujet âgé.

Conclusion intermédiaire

Il est intéressant de voir que l'étude de la psychiatrie du sujet âgé n'est pas nouvelle. En effet, depuis l'Antiquité, la vieillesse était déjà associée à certains troubles psychiques et cognitifs. Cependant c'est véritablement à partir des années 1950 qu'une discipline d'étude de la psychiatrie de la personne âgée a vu le jour principalement aux Etats-Unis et au Royaume-Uni.

De plus, il est intéressant d'étudier la vision qu'a la société de la personne âgée. Durant l'Antiquité et le Moyen-Age, la personne âgée était vue comme quelqu'un de sage, possédant une expérience et un savoir à transmettre aux jeunes. A partir de la Renaissance, cette vision sera plus négative. La personne âgée sera vue comme quelqu'un en perte de capacités motrices et mentales, quelqu'un qui aura besoin d'aide. Cet historique permet de se poser la question suivante : l'étude du sujet âgé psychiatrique et même plus largement du sujet âgé en général aurait-elle été la même si la vision de la personne âgée avait continué à être positive comme dans l'Antiquité ?

Il est fort de constater que dans les sociétés possédant une vision positive de la personne âgée, celle-ci est "mieux traitée". Telles les sociétés africaines où la désignation de "vieux" est portée comme un honneur. Une phrase d'Amadou Hampaté Bâ, alors membre du conseil exécutif de l'UNESCO⁴, est restée célèbre et illustre bien la personne âgée comme transmettrice de savoir : « En Afrique, un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle. ». Si la société occidentale avait considéré la personne âgée de cette manière, alors les recherches sur les maladies du sujet âgé, et par liaison les troubles mentaux de celui-ci, auraient été plus abouties. La préservation de cette connaissance qui réside en chaque personne âgée se serait transformée en atout. De même, le cadre légal aurait été tout autre, plus axé sur la protection des personnes âgées. Ensuite, suivant la vision de la psychiatrie, le cadre légal de la psychiatrie de la personne âgée aurait été plus ou moins différent.

⁴ Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

Partie II : Freins au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France

Au niveau mondial, la France est classée 18^{ème} pour la prise en charge psychiatrique du sujet âgé. Ce classement a été établi par l'OMS en terme de structures, d'organisation de soins et de l'enseignement de la psychiatrie de la personne âgée. [22]

Pour reprendre les propos de Pierre Charazac : “le retard de la gériopsychiatrie [en France] s’est aggravé au point qu’il touche à la fois ses moyens, la qualité de ses soins et le niveau de ses connaissances.” [23]

Mais quelles sont les causes de ce retard ? Et quels sont les freins au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Une absence de définition

Pour parler de la psychiatrie de la personne âgée, plusieurs termes sont utilisés, notamment celui de psychogériatrie ou encore de gériopsychiatrie. Par exemple, dans le rapport du HSCP sur le plan de la santé mentale, les termes “psychiatrie des personnes âgées”, “gériopsychiatrie” ou encore “psychogériatrie” sont utilisés. Ces termes ne sont pas définis individuellement et sont utilisés pour la même signification, sans distinction à savoir la psychiatrie du sujet âgé. Cette confusion entre psychogériatrie et gériopsychiatrie montre bien qu’il existe un manque de visibilité de la psychiatrie de la personne âgée auprès de la population française d’une part mais également et plus problématique auprès des professionnels du secteur de la santé d’autre part. Ceci montre également un manque de coordination et de communication entre les différents professionnels.

Comme le souligne le Dr Granato lors de son interview, en France, il n’y a pas de définition officielle de la psychiatrie de la personne âgée et donc il n’y a pas de cadrage sur les termes utilisés.

Quel terme doit-on utiliser ?

Avant de se positionner, définissons d'abord les termes psychiatrie gériatrique, psychogériatrie et gérontopsychiatrie pour en comprendre les différences.

La psychiatrie gériatrique, que l'on peut rapprocher de la notion anglo-saxonne d'*old age psychiatry*, est l'étude et la prise en charge des maladies psychiatriques du grand âge. Cette appellation regroupe à la fois les troubles psychiatriques apparaissant tardivement, lors du grand âge, mais aussi les troubles psychiatriques évoluant et vieillissant avec le sujet adulte.

La définition de la psychogériatrie est quasiment identique à la définition précédente selon Wertheimer. Selon Jean-Marie Léger, la psychogériatrie est une discipline plus large car elle inclut aussi la psychologie des personnes âgées et établit des liens entre psychiatres, gériatres et équipes soignantes prenant en charge le sujet âgé. La psychogériatrie concerne donc plusieurs spécialités médicales et soignantes. Dans psychogériatrie, on se concentre surtout sur la base du mot qui est la gériatrie.

La gérontopsychiatrie se veut d'être une spécialité psychiatrique à part entière différente de la psychiatrie de l'adulte comme l'est la pédopsychiatrie. Elle se concentre donc sur toutes les pathologies mentales du sujet âgé.

On peut aussi parler de psychiatrie de la personne âgée qui regroupe les maladies mentales vieillissantes et les maladies mentales d'apparition tardive mais en insistant sur la base de la prise en charge qui est la psychiatrie et ce, avant l'étude du sujet vieillissant. [24]

Cependant, on peut se demander si ce dualisme entre l'organique et le psychique qu'offre la prise en charge psychiatrique du sujet âgé ne se heurte pas à des enjeux de territoire ou de pouvoir car longtemps ces deux types de prise en charge ont été séparées et ont donc eu une politique et une évolution différentes.

Au niveau mondial, l'OMS et l'AMP (Association Mondiale de Psychiatrie) ont conclu un protocole d'accord en 1996 sur la définition de la psychiatrie de la personne âgée. Lors d'une réunion à Lausanne, présidée par le Pr Raymond LEVY, les 14, 15 et 16 avril 1996, le texte a été adopté par différentes associations internationales spécialisées dans la discipline. Il y est stipulé que la psychiatrie de la personne âgée est une surspécialité de la psychiatrie. [11] Cependant ces textes ont été rédigés en anglais et aucune traduction en français n'a été faite par ou pour les autorités françaises de santé et ce, même si l'un des participants à l'écriture de ce texte était français (Pr Jean-Marie Léger). Aucun cadrage n'a été réalisé pour uniformiser cette définition sur le territoire français ce qui peut expliquer pourquoi la France, les psychiatres et gériatres français n'ont pas adopté une seule définition et un seul terme pour la psychiatrie de la personne âgée. Les textes ont été traduits en allemand, espagnol, italien et japonais or l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Japon sont des pays mieux classés que la France, selon l'OMS, dans la prise en charge psychiatrique du sujet âgé.

C'est pourquoi le terme qui semble le plus approprié est "psychiatrie du sujet âgé" ou "psychiatrie de la personne âgée".

Une spécialité non reconnue

Le deuxième frein, souligné également par le Dr Granato, est l'absence de diplôme spécifique reconnu par l'Etat dans la fonction qu'est l'étude de la psychiatrie du sujet âgé.

La psychiatrie de la personne âgée est, selon la définition de l'OMS précédemment citée, une surspécialité de la psychiatrie au même titre que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Cependant cette surspécialité n'a été reconnue que dans huit pays dans le monde à ce jour. La France n'en fait pas parti.

La non reconnaissance de la psychiatrie de la personne âgée en tant que surspécialité est un frein à l'organisation territoriale de celle-ci car cela entraîne un manque de lisibilité, de clarté pour les différents acteurs au premier rang de la prise en charge psychiatrique mais aussi gériatologique.

Au cours de l'année universitaire 2013-2014, l'AFFEP (Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie) et l'association représentative des internes français de psychiatrie ont décidé de se pencher sur la prise en charge psychiatrique des personnes âgées et ont créés des groupes de travail et de réflexion sur ce thème. Ces groupes de travail ont été rejoints, lors du congrès de la Société de psychogériatrie de langue française, en septembre 2013, par cinq internes de psychiatrie issus de différents internats de France ainsi que de deux membres invités. Les groupes de travail se sont réunis cinq fois entre novembre 2013 et mai 2014 afin d'aborder les spécificités de la prise en charge psychiatrique du sujet âgé par rapport au sujet adulte et pour discuter de l'enseignement de la psychiatrie du sujet âgé au sein de la formation en psychiatrie. Ces groupes ont réalisé des audits sur les différentes formations théoriques et pratiques de psychiatries dans différents internats en France. C'est la première fois que ce genre d'état des lieux est réalisé de façon aussi poussée dans notre pays. Les conclusions sont que les internes en médecine sont généralement sensibilisés à la prise en charge des personnes âgées mais qu'il peut exister une nette différence sur le nombre d'heures d'enseignement spécifique à la prise en charge du sujet âgé selon le lieu de l'internat en France.

Ce groupe de travail a inspiré l'European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) pour établir le même état des lieux dans différents pays européens. 39 pays ont réalisé l'enquête. Seulement 8 d'entre eux considèrent la psychiatrie de la personne âgée comme une surspécialité de la psychiatrie et en ont créé un diplôme spécifique. Ces 8 pays sont l'Irlande, les Pays-Bas, la République Tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Russie, la Slovaquie et la Suisse. 31 pays, dont la France, enseignaient la psychiatrie de la personne âgée au cours de l'internat avec un volume horaire moyen de 18 heures par année de formation. 24 pays, dont la France, proposaient des stages dans un service spécifique de psychiatrie de la personne âgée. Ce stage n'est pas obligatoire en France, contrairement à 10 autres pays européens, pour valider le cursus général de psychiatrie.

A l'issu des groupes de travail, les membres de ceux-ci ont proposé une restructuration de la formation en psychiatrie de la personne âgée dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle d'études médicales. Les propositions ont été menées par le Professeur Couraud de la Direction Générale pour l'Enseignement Supérieur et l'Insertion Professionnelle (DGESIP) et le Professeur Pruvot de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI) dans deux rapports publiés en janvier 2014 et juin 2015. Ils proposent une restructuration massive des enseignements des Diplômes d'Études Spécialisées (DES) mais aussi des surspécialités. Ceci, afin d'amener plus de clarté pour les futurs internes mais aussi afin de reconnaître de nouvelles surspécialités dont la psychiatrie de la personne âgée.

Cependant, ces propositions de restructuration ont été de nouveau débattues à la rentrée 2015 au sein de la Commission Nationale des Etudes de Maieutique, Médecine, Odontologie et Pharmacie (CNEMMOP) qui prévoit une mise en place à l'automne 2017. Ceci a été confirmé et annoncé par les Ministères de la Santé et de l'Education Nationale. Normalement, la psychiatrie de la personne âgée sera donc une surspécialité au sein du DES de psychiatrie générale. L'ajout de cette surspécialité dont le volume horaire sera de 150 sur tout le cursus entraînera un allongement de la durée du DES, passant de 4 à 5 ans. De plus, un stage spécifique en neurologie ou en gériatrie sera obligatoire pour valider le cursus. [25]

La France deviendra alors le 9ème pays à reconnaître la psychiatrie de la personne âgée comme une spécialité à part entière, surspécialité de la psychiatrie comme l'est actuellement la pédopsychiatrie.

L'une des conséquences de l'absence de diplôme d'État spécifique à la psychiatrie du sujet âgé ainsi que la non reconnaissance de cette discipline comme surspécialité de la psychiatrie est le développement de diplômes non officiels. Le but n'est pas ici d'évaluer la qualité de ces formations ni de faire un amalgame sur celles-ci mais de faire réfléchir sur les dérives qu'il peut y avoir en l'absence de cadrage.

En effet, comme le souligne le Dr Granato lors de son interview, “En l’absence de diplôme spécifique, [...] certaines personnes se sont appropriées cette fonction [spécialiste de la psychiatrie du sujet âgé] en devenant des gériopsychiatres ou des psychogériatres, devenant ainsi des surspécialistes.”. C’est à dire que ces formations ont permis à certains médecins de devenir spécialistes en psychiatrie de la personne âgée. Or celles-ci ne sont pas évaluées par un organisme officiel et donc on pourrait se demander quel est le niveau réel de ces formations et si elles permettent d’acquérir toutes les compétences et connaissances nécessaires pour pouvoir se prétendre “spécialiste de la psychiatrie de la personne âgée” ?

Une communication et une organisation des dispositifs de prise en charge insuffisantes

L’hospitalisation dans une unité de gériopsychiatrie, comme les hospitalisations en psychiatrie générale, répondent à une situation de crise individuelle, familiale ou institutionnelle. Le maintien au domicile de la personne âgée avec des troubles psychiatriques (son domicile, celui de ses enfants ou encore d’une institution) est ressenti par la personne âgée ou par les aidants comme posant problème voire impossible.

A l’heure actuelle, la porte d’entrée la plus fréquente aux situations de crise psychopathologiques de la personne âgée est celle des urgences psychiatriques. La plupart du temps, il sera conseillé à la personne âgée et à sa famille le non-retour au domicile car trop dangereux du fait de l’âge ou de la fragilité de la personne. Elle sera alors renvoyée vers un service de gériopsychiatrie.

Cependant, ce type de service, bien que tout à fait adapté à la prise en charge psychiatrique du sujet âgé se voit tout de même menacé dans les années à venir dans les hôpitaux français. En effet, cette discipline fait l’objet d’une dévalorisation au même titre que les disciplines traitant le vieillissement et les personnes âgées. Cette dévalorisation est aussi associée à des restrictions budgétaires qui touchent l’ensemble des hôpitaux en France, limitant le nombre de projets et l’évolution de nouvelles disciplines telles que la psychiatrie de la personne âgée. [26]

De plus, le manque d'organisation et la mauvaise identification des différentes structures se spécialisant dans cette discipline entraînent un flou pour les usagers et les adresseurs. Certains référents se font doublon ce qui crée un coût pour la santé publique. Dans ce manque d'organisation, il est à noter l'absence de structure centrale comme des hôpitaux de jour ou des équipes mobiles. Ceci entraîne aussi un coût supplémentaire en matière de santé publique et génère des conséquences psychologiques comme de la détresse et de l'anxiété chez les usagers.

Un médecin psychiatre interrogé dans le cadre de ce mémoire, souhaitant garder l'anonymat et exerçant dans le Nord avouait qu'il y a un manque d'informations données aux gériatres sur les différentes prises en charge psychiatriques possibles dans la région. Ainsi cette insuffisance d'information peut amener à des préjugés de la part de certains médecins qui peuvent croire, à tort, que les personnes âgées n'ont pas leur place en psychiatrie. De plus, certains psychiatres eux même ne connaissent pas tous les dispositifs de prise en charge psychiatrique des personnes au sein même de leur région et notamment la différence qui existe entre deux dispositifs. Par exemple, ce même psychiatre interrogé confiait qu'elle ne savait pas faire la différence entre une unité cognitivo-comportementale et un service de psychogériatrie.

Une prise en charge difficile : entre manque de spécialistes et difficultés de diagnostic

Concernant la prise en charge des personnes âgées, les difficultés semblent provenir du fait que les sujets âgés se situent souvent à l'intersection entre la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie.

L'une des difficultés relevée, lors des entretiens, par un médecin psychiatre exerçant dans le Nord et souhaitant rester anonyme, est que la psychiatrie diffère des autres disciplines médicales au niveau de l'âge maximum d'admission dans un service. En psychiatrie, il n'y a pas de limite d'âge donc les patients âgés sont également admis or, la prise en charge n'est pas adaptée pour eux. Ce n'est pas comme dans d'autres disciplines médicales où la gériatrie prend plus facilement le relais.

Une autre difficulté est le manque de moyen de coordination des offres de soins. Selon ce même psychiatre anonyme interrogé pour ce mémoire, la bonne prise en charge psychiatrique de la personne âgée passe à la fois par une prise en charge par un psychiatre spécialisé dans la personne âgée et par le suivi par un somaticien, les deux professionnels opérant en étroite collaboration. Un médecin généraliste proche du patient et du psychiatre augmentera le succès de la thérapie. Cependant, on peut noter la difficulté de la prise en charge de certains patients ayant des troubles psychiatriques dans un service somatique.

Un autre frein au niveau de l'organisation de la prise en charge, qui est également un frein dans d'autres disciplines médicales, est la désertification médicale dans certaines régions de France. La conséquence est un manque de soins de premiers secours en psychiatrie de la personne âgée ce qui conduit à un flou d'identification des besoins. C'est pourquoi l'accès à ces soins de psychiatrie pour personnes âgées commence très souvent aux urgences lorsque la personne décompense. Or, les urgences ne sont pas spécialisées dans la prise en charge psychiatrique du sujet âgé. C'est surtout la crise qui est prise en charge à ce moment-là. La personne est alors dirigée vers une hospitalisation dans une Unité Cognitive Comportementale (UCC) ou un service de gériatrie aiguë. Là encore, ce n'est pas une prise en charge adaptée aux personnes âgées ayant des troubles psychiques. De plus, pour les personnes de 60 à 75 ans, il existe un manque de prise en charge de la part des équipes de psychiatrie spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées car celles-ci ne s'impliquent pas suffisamment pour cette tranche d'âge. [8] C'est un élément qui a été souligné également par le Dr Granato.

On pourrait alors se demander, comment l'équité devant le parcours de soin en psychiatrie de la personne âgée est-elle respectée ?

Une difficulté de diagnostic : l'exemple de la dépression chez le sujet âgé

La prévalence de la dépression chez les personnes de plus de 65 ans est entre 13 et 17%. Les femmes de plus de 65 ans sont plus sujettes à la dépression que les hommes. La dépression est souvent présente mais pas ou peu diagnostiquée ce qui est dommage car 60-80% des sujets âgés répondent bien aux traitements contre la dépression.

Les causes de la dépression chez les personnes âgées sont quasiment les mêmes que pour les patients plus jeunes. Certains individus présentent un risque plus important de souffrir de dépression particulièrement ceux rencontrant des problèmes familiaux, ceux ayant déjà soufferts de cette maladie ou encore ceux ayant subis des traumatismes durant leur enfance. Cependant, certaines personnes souffrent de dépression pour la première fois de leur vie après leurs 65 ans. De plus, les personnes âgées sont plus exposées à la perte (deuil, perte d'autonomie, perte de compétences, perte d'occupations etc.) que les personnes plus jeunes.

Les symptômes de la dépression de la personne âgée sont les mêmes que ceux des personnes plus jeunes. Cependant, chez les personnes âgées, la dépression peut présenter des symptômes d'irritabilité, de confusion et de perte de sens cognitifs ce qui peut être confondu avec les symptômes de la sénilité.

Il est rare, pour une personne de plus de 60 ans de développer une forme sévère de maladie mentale si elle n'avait pas d'antécédent.

Les personnes âgées prennent plus de médicaments que la moyenne, les interactions médicamenteuses sont donc plus importantes. De plus, certains de ces médicaments peuvent aussi provoquer des comportements plus violents, faire apparaître des troubles affectifs ou paraphrénie (schizophrénie chez les personnes âgées). Il ne faut pas oublier non plus les causes biologiques avec notamment les causes liées à des maladies du cerveau. [27]

Dû au vieillissement, on observe, en général chez les personnes âgées, un retrait des activités, des investissements (retraite professionnelle, retraite sportive, retraite dans la vie associative par exemple). Ceci engendre, dans la plupart des cas, une frustration car cette situation engendre une perte de compétences, de capacités et une dépendance débutante pour certaines tâches de la vie quotidienne. De plus, les personnes âgées développent des sentiments d'insécurité de plus en plus prononcés.

Ces sentiments de frustration et d'insécurité se traduisent généralement dans des gestes d'irritabilité ou d'impatience. Si ces comportements agressifs évoluent à un niveau supérieur, alors ces derniers se transformeront en comportement délirants. Un sentiment de méfiance pourrait s'installer alors avec apparition d'idées de préjudice voire de persécution.

Le retrait des activités est parfois dû à un désintéressement. En effet, la personne âgée va se désintéresser de plus en plus de ce qui l'entoure causant une régression affective.

[28]

Un désintérêt envers le sujet âgé et le sujet âgé psychiatrique

Historiquement, la vieillesse a été représentée principalement de deux façons, l'une parfois plus marquée que l'autre selon les civilisations. La première façon est de la considérer d'un point de vue positif : la vieillesse est associée à la sagesse, à l'expérience, au transfert du savoir. La seconde façon est de la considérer d'un point de vue négatif : la vieillesse est associée à la folie, à la démence, à la sénilité, à la perte d'indépendance, au fardeau de s'occuper de la personne âgée.

En France, comme dans la plupart des sociétés industrielles actuellement, c'est la vision négative qui prédomine avec notamment les concepts comme le jeunisme et l'âgisme. L'âgisme est un terme employé initialement par Butler pour représenter toutes les discriminations, ségrégations, mépris envers les personnes âgées et plus généralement envers le vieillissement. Le jeunisme quant à lui, n'est pas la discrimination envers les jeunes et la jeunesse mais à l'inverse, le concept de vouloir rester jeune et donc de refuser de vieillir (la chirurgie esthétique et les crèmes antirides sont des outils très

utilisés dans le concept de jeunisme tout comme les logiciels de stimulation du cerveau afin d'en ralentir son vieillissement). L'Eurobaromètre des discriminations en Europe indique que l'âge est le facteur de discrimination le plus important devant le sexe, l'origine ethnique ou encore la religion. C'est alors que l'on peut se demander quelle sont les conséquences de cette discrimination de l'âge sur les personnes âgées mais aussi sur la société ?

Plusieurs expériences et études montrent que la stigmatisation associée à l'âge a des effets négatifs sur la santé physique et mentale des personnes âgées. **[29]**

La psychiatrie de la personne âgée concerne l'identification, l'évaluation, le traitement et les soins des personnes âgées ayant des troubles mentaux. De tous temps, les familles aidaient les personnes âgées mais lorsque ce support familial était insuffisant, alors c'était la Société, l'État qui intervenaient. L'histoire moderne de l'aide à la personne âgée dans les sociétés des pays développés prend son origine dans le changement social démographique du XIX^{ème} siècle avec l'urbanisation rapide de la population et l'augmentation du nombre de personnes âgées. En ce qui concerne les maladies mentales, ce n'était pas une responsabilité attendue ni-bienvenue dans les familles. En général, elles étaient considérées comme une contrainte et, plus particulièrement celles des personnes âgées, étaient ressenties comme un fléau pour les familles voulant aider leurs aînés. En effet, les médecins de ville ne connaissaient pas les bons traitements ou comportements à adopter et renvoyaient ces patients vers des psychiatres qui eux, n'étaient pas intéressés par les troubles psychiatriques des personnes âgées. Ces dernières se retrouvaient donc soit en maisons de retraite, en hospices voire en asiles psychiatriques et donc ne recevaient pas les soins appropriés à leur pathologie.

Ce manque d'intérêt pour la psychiatrie de la personne âgée a commencé à être contesté dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle par de petits groupes de psychiatres notamment au Royaume-Uni avec des personnalités pionnières telles que Tom Arie et Tony Whitehead. Ils ont réussi, grâce aussi aux travaux de Martin Roth, à intégrer la psychogériatrie comme une spécialité reconnue par la NHS (National Health System), l'équivalent britannique de la Haute Autorité de Santé en France. En effet, les travaux de

Martin Roth démontraient que toutes les maladies mentales des personnes âgées, comme les troubles affectifs et psychotiques, n'entraînaient pas une mortalité aussi élevée que les problèmes de démence. En plus des traitements médicamenteux, les traitements physiques et sociaux ont démontré leur efficacité. Plusieurs études ont été menées aux Etats-Unis, en Scandinavie, au Royaume-Uni sur les troubles mentaux des personnes âgées. Ces études ont montré que ces patients ne pouvaient pas être bien soignés dans les services actuels de gériatrie ou de psychiatrie. [30]

Un manque de recherches en France sur le sujet

Ce désintéressement du sujet âgé et par extension le sujet âgé ayant des troubles psychiatriques a entraîné un retard dans les recherches médicales en France et donc un retard dans la connaissance des pathologies psychiatriques spécifiques du sujet âgé.

Actuellement, la plupart des connaissances acquises concernant la psychiatrie de la personne âgée n'est que la transposition du savoir de la psychiatrie de l'adulte ajouté au savoir du vieillissement et des pathologies du sujet âgé. Ces connaissances peuvent être relatées à celles des psychiatres des années cinquante sur la psychiatrie de l'enfant qui n'était alors pas encore reconnue comme une spécialité à part entière. En effet, à cette époque les psychiatres parlaient de schizophrénie infantile. [23]

L'étude de la vieillesse et de ses différentes disciplines telle la psychiatrie de la personne âgée est passée par différentes phases afin de devenir des sujets d'études à part entière. En effet, la première et la deuxième génération de scientifiques étudiant la vieillesse ont commencé à s'intéresser aux aspects plus théoriques et conceptuels. Ils "recyclaient" des notions théoriques apprises lors de leur formation. Ce sont ensuite les générations suivantes de scientifiques qui ont étudié sur la base de leurs prédécesseurs en ajoutant des données plus empiriques et en spécialisant leurs recherches non plus autour du vieillissement uniquement mais en ciblant le vieillissement d'une discipline en particulier. C'est ainsi que la psychiatrie de la personne âgée a commencé à être étudiée comme discipline à part entière. Par contre, il existait peu d'études et de recherches sur le vieillissement en lui-même car celles-ci n'étaient financées que "si

elles portaient sur des questions sociales connues et reconnues” [31] On peut toutefois noter un nombre croissant de recherches sur la psychiatrie du sujet âgé avec des organismes tels la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy)

Du fait de ce manque de recherche, il n’y a pas de dispositif de suivi pour le cerveau vieillissant. Pour reprendre les termes du Dr Granato, interrogé dans le cadre de ce mémoire, “Le vieillissement est le vieillissement de tous les organes (cœur, yeux, foie, poumons, prostate, reins etc.). Tous ces organes ont un dispositif de suivi. Par exemple, lorsque le cœur est vieillissant, on consulte un cardiologue puis on fait des bilans à intervalles réguliers. Il en va de même pour les problèmes de vue, on consulte un ophtalmologue puis il y a un suivi tous les ans voire tous les 2 ans. Le seul organe où il n’y a pas ce dispositif de suivi c’est le cerveau or celui-ci est l’organe qui coordonne tous les autres. De plus, contrairement aux autres organes, c’est celui qui, une fois affecté par le vieillissement, est problématique pour l’individu mais aussi pour l’entourage du patient, pour la Société. On s’intéresse au cerveau vieillissant seulement en cas de maladie d’Alzheimer mais entre la maladie d’Alzheimer et les psychopathologies, il y a tout un continuum. Il y a tout un tas de pathologies liées au vieillissement qui ne sont pas liées à la maladie d’Alzheimer. Il y a donc un intérêt pour la recherche pour la psychiatrie.”

Un cadre de santé, souhaitant garder l’anonymat, travaillant dans une clinique psychiatrique privée du Nord-Pas-de-Calais a également été interrogé. Ayant travaillé dans des laboratoires pharmaceutiques avant le poste actuellement occupé, cette personne dénonçait une pharmacopée encore assez pauvre. Peu de progrès médicamenteux concernant les traitements contre les troubles psychiatriques spécifiques du sujet âgé ont été réalisés. Selon cet anonyme, « cela complique la prise en charge médicale et n’incite pas les médecins à s’orienter vers une discipline qui peut être dévalorisante. »

La mauvaise image de la psychiatrie

Un autre frein au développement de la psychiatrie de la personne âgée est la mauvaise image de la psychiatrie que la Société peut avoir. En effet, cette image est liée à celle des asiles psychiatriques où hier l'on y enfermait les « fous » et les « aliénés ». Aujourd'hui ce sont les « malades mentaux » que l'on enferme dans les hôpitaux psychiatriques. Ces patients sont perçus comme dangereux. Leur communication verbale et gestuelle ainsi que leurs actes ne sont pas rationnels. C'est pourquoi, du fait de cette vision négative de la psychiatrie, les patients atteints de troubles mentaux auront plus de mal à admettre ces derniers, ne voulant pas être associés à cette vision que la Société a des « malades mentaux ». De nos jours, les troubles mentaux sont encore synonymes d'exclusion sociale qui peut être renforcée si l'on y ajoute la honte qui peut y avoir d'admettre un trouble mental. [32]

Cette mauvaise image a été notamment véhiculée par le cinéma avec le film *Vol au-dessus d'un nid de coucou* de Miloš Forman sorti en 1975 avec Jack Nicholson et Louise Fletcher dans les rôles principaux. Plusieurs personnes interviewées dans le cadre de ce mémoire ont évoquées ce film notamment en notant que la psychiatrie d'aujourd'hui n'est plus celle d'autrefois telle que présentée dans le film "*Nous ne sommes plus dans Vol au-dessus d'un nid de coucou*". En effet, le film présente un asile psychiatrique où les patients n'ont peu voire pas de libertés telle une prison. De plus, nous pouvons voir différentes thérapies prescrites comme celle des électrochocs (électroconvulsivothérapie), réalisée dans le film sans anesthésie générale, ou la lobotomisation. Ces thérapies extrêmes et leur cadrage ont souvent été remises en cause. L'électroconvulsivothérapie est toujours réalisée en France mais de façon plus précise et plus cadrée apportant même de très bons résultats.

D'autres films ont véhiculé cette vision négative de la psychiatrie notamment en abordant le sujet par des angles tragiques, romancés ou caricaturaux. On peut citer des films comme *Requiem for dream* de Hubert Selby sorti en 2000, *Un homme d'exception* de Ron Howard sorti en 2001 sur la schizophrénie de John Nash, *Shutter Island* de Martin Scorsese sorti en 2009 ou encore la saison 2 d'*American Horror Story* sorti en 2012 qui présente sur un fond d'horreur un asile psychiatrique des années 60 aux Etats-Unis.

Il ne faut pas non plus oublier l'image de la psychiatrie véhiculée par les médias. Généralement négative et associée à la violence avec l'emploi vulgarisé de termes et de pathologies psychiatriques. On ne compte plus le nombre de fois que la presse associe un tueur à un psychopathe alors que cette pathologie n'est pas synonyme de meurtre. Heureusement car la prévalence de cette pathologie est entre 0,6 et 1% de la population selon les études. [33]

De plus, une étude menée en 2014, par Marlène BLOND du CH Le Vinatier parue dans l'Information psychiatrique, montre que, sur 840 psychiatres travaillant en France, plus de la moitié d'entre eux pensent que la population française a une mauvaise image du psychiatre. Seulement 0,13% d'entre eux pensent que la société a une *Très bonne* image d'eux. De même, près de trois quarts d'entre eux s'estiment soit non respectés et non reconnus par leur confrères d'autres spécialités soit reconnus et respectés mais pas autant que les confrères des autres spécialités entre eux. [34]



Figure 2: Image du psychiatre au sein de la communauté médicale [34]

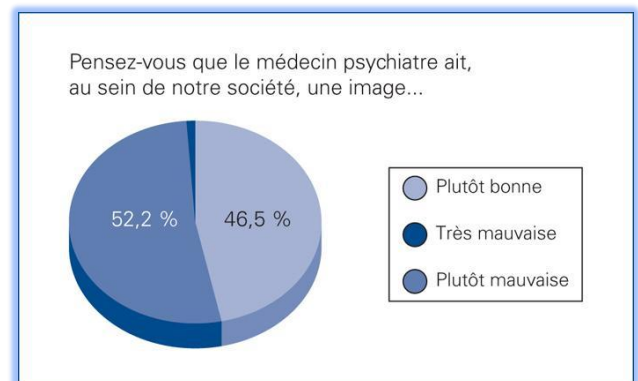


Figure 1 : Image du psychiatre au sein de la société [34]

Conclusion intermédiaire

Le retard de la psychiatrie de la personne âgée en France n'est donc pas dû à une seule cause ou à un ensemble de personnes ni à une institution en particulier. Ce retard est dû à un ensemble de facteurs développés ci-dessus. Cependant ces causes amènent certaines questions. Par exemple au sujet de la définition, en France, de la psychiatrie de la personne âgée : pourquoi la France n'a pas adopté de suite celle de l'OMS de 1996 ? Un manque de cadrage aurait pu ainsi être évité car l'ensemble des professionnels français aurait utilisé la même définition et donc le même champ d'intervention en psychiatrie de la personne âgée. De plus l'absence de cette spécialité au programme des facultés de médecines n'a pas permis de formations agréées par l'Etat et a donc pu créer une dérive des pratiques.

On remarque une communication insuffisante envers le sujet et les professionnels sur les dispositifs et les structures de prise en charge psychiatrique des personnes âgées.

Concernant l'image de la psychiatrie, on peut se demander combien de temps il sera nécessaire à celle-ci pour être considérée comme une discipline médicale comme une autre ? Il suffit de lire les titres de la presse de cette fin août 2017. Par exemple, Le Monde titre un de ses articles du 21 août comme suit : "Un homme soigné en psychiatrie fonce sur des piétons à Marseille" [34]. Encore une fois on associe la psychiatrie à des comportements violents. A cela s'ajoute également les propos du ministre de l'Intérieur, Gérard Collomb, qui veut "mobiliser les hôpitaux psychiatriques et les psychiatres libéraux pour identifier les individus radicalisés". On peut donc en conclure que malheureusement, il faudra encore plusieurs années avant l'abolition de cette idée que la psychiatrie et la violence sont liées.

De plus, pour développer la psychiatrie de la personne âgée, il faudra également pallier avec certains préjugés de la vieillesse et de la personne âgée. La vieillesse n'est pas une maladie incurable et la retraite n'est pas la fin de toute activité. Pour reprendre les propos d'un cadre de santé d'une clinique privée du Nord souhaitant garder l'anonymat "Certaines personnes pensent que si la personne âgée perd la tête, c'est normal mais non ce n'est pas normal, c'est qu'il y a une pathologie derrière". Il ne faut pas que la Société croit normal le fait qu'une personne âgée ait des troubles psychologiques. C'est pourquoi l'un des rôles des structures spécialisées mais aussi des MAIA (Méthode d'Action Intégration Autonomie) et des CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) est d'informer les patients et familles sur les réalités de prise en charge.

Partie III : Leviers et axes d'amélioration pour le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France

Les leviers

Le maillage territorial en France

L'un des premiers leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France est le modèle de la psychiatrie de secteur. Ce système est unique au monde et est considéré par beaucoup comme une force dans la prise en charge de la psychiatrie. Le Dr Granato considère ce système comme tout simplement "Parfait". Marisol Touraine, alors ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a réaffirmé la position du gouvernement concernant la psychiatrie de secteur lors d'un discours le 24 septembre 2014 à l'hôpital Sainte-Anne déclarant que "Ce modèle est plus que jamais d'actualité". [36] De plus, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé réaffirme la psychiatrie de secteur et apporte quelques changements notamment en réintégrant les services. [37]

La psychiatrie de secteur a été mise en place suite à la réforme de la prise en charge psychiatrique par la circulaire ministérielle du 15 mars 1960 signée par Bernard Chenot, alors ministre de la Santé publique. Le but de cette psychiatrie de secteur est de créer un réseau qui permettrait à l'hôpital psychiatrique de devenir un lieu de soins et non plus un lieu où l'on enferme les patients pour les exclure de la société. L'idée d'un maillage territorial avait déjà été utilisée pour la sectorisation de la lutte contre la tuberculose.

Il a alors été décidé qu'une même équipe de soins, dirigée par un psychiatre référent de secteur, prenne en charge les soins des patients que ce soit à l'hôpital ou en ambulatoire. Ces équipes sont aussi en charge de la prévention des maladies et troubles psychiatriques sur un secteur donné.

Chaque secteur psychiatrique représente un lieu géographique délimité regroupant une population avoisinant les 70 000 habitants.

Le secteur a trois vocations principales qui sont : de veiller à la répartition des structures publiques et privées de santé mentale ; d'organiser le fonctionnement du système public de psychiatrie à son niveau et de coordonner les actions des différents acteurs.

Ainsi cela a permis à toute la population française, même dans les zones les plus rurales, de pouvoir accéder à des soins psychiatriques dans des établissements de santé privés ou publics, de bénéficier de consultations, d'hospitalisation complète ou partielle. [3]

Cette nouvelle organisation adulée à ses débuts ne se révèle finalement pas aussi positive que prévue. En effet, sur les trente dernières années, des bilans ont été effectués. Il en résulte un accès aux soins de moins en moins égalitaire, des hospitalisations prolongées alors que la politique préconise des soins au plus près de la vie des patients. Sur un plan plus technique, peu d'initiatives peuvent s'épancher sans oublier une cartographie des structures de plus en plus difficile à gérer. [38]

Ce modèle est limité en ce qui concerne la psychiatrie de la personne âgée tout comme pour d'autres spécialités qui doivent opérer un travail d'intersectorialité pouvant ralentir leur mise en place ou leur organisation.

Le regain d'intérêt pour la personne âgée

Comme indiqué dans la partie II de ce mémoire, les personnes âgées et les problématiques liées à la vieillesse ne présentaient pas grand intérêt auprès des médecins et chercheurs d'autrefois. La gériatrie est une discipline universitaire datant depuis une cinquantaine d'années maintenant. Il existe un problème d'image quant à la personne âgée et au vieillissement qui ont suscité moins d'intérêt pour la discipline. En effet, la personne âgée en général souffre d'un manque de considération car celle-ci ne fait plus partie du monde du travail, ne fait plus partie de la sphère essentielle de la Société. C'est pourquoi les gériatres ont dû batailler afin de faire reconnaître leur discipline notamment en apportant un nouveau regard sur la vieillesse : un regard positif.

La vieillesse véhiculait l'image du déclin de la personne que ce soit physique (le sujet devient de plus en plus dépendant) mais aussi mentale avec de possibles confusions, pertes de mémoire etc. S'ajoute à cela, un déclin social car le sujet vieillissant arrête son activité professionnelle mais a aussi plus de chance de perdre des proches, amis et donc plus de chance de s'isoler. Ce nouveau regard positif est apporté par des gérontologues mais aussi par d'autres praticiens, par des scientifiques et par des politiques qui veulent associer le troisième âge avec la bonne santé, la joie de vivre et le regain social. Ce n'est que depuis une dizaine d'années que l'on s'intéresse à la vieillesse comme à un événement positif. L'ouvrage *Successful Aging : Perspectives from the Behavioral Sciences* de Baltes et Baltes est considéré comme un ouvrage pionnier de la vision positive de la vieillesse. [31]

C'est ainsi que l'intérêt pour la personne âgée gagne du terrain en général mais aussi dans certaines spécialités médicales comme la psychiatrie. Selon le Dr Granato, « l'intérêt de la médecine pour le vieillissement et la personne âgée a véritablement commencé avec la sortie du Tacrine (médicament contre Alzheimer) dans les années 1990-1992. Ce médicament, a permis de montrer un ralentissement dans la progression de la maladie d'Alzheimer, une première jusqu'alors. » C'est ainsi qu'il y eut plus de recherches sur la maladie d'Alzheimer puis sur d'autres maladies apparaissant avec l'avancée en âge. Au niveau de la pharmacopée puis de la prise en charge, un nouveau « marché » est apparu coïncident avec l'augmentation de l'âge de la population occidentale. Ainsi, comme le dit le Dr Granato, « cela a créé un changement de la vision qu'avaient les professionnels de la personne âgée ».

Cet intérêt datant du début des années 90 est un levier pour le développement de la psychiatrie de la personne âgée. Il permet la prise de conscience de certains professionnels mais aussi des institutions et financeurs, de l'importance d'une psychiatrie spécialisée dans la personne âgée.

Cette importance d'une prise en charge spécifique est soulignée par tous les professionnels interrogés dans le cadre de ce mémoire ainsi que par la bénévoles de l'UNAFAM⁵. De plus, elle est confirmée par une demande de la population. Par exemple, Mr Hue, directeur de la Clinique de l'Escrebieux à Esquerchin, a confirmé que le service de gérontopsychiatrie de sa Clinique est né suite à une étude sur la demande de la population pour ce type de service. Il nous a précisé que cette demande est toujours aussi forte dans la région, preuve en est que la Clinique possède une liste d'attente pour ce service de psychiatrie de la personne âgée. On peut donc en conclure que s'il existe une liste d'attente, c'est que la demande est présente et l'offre, dans la région, insuffisante, par rapport à cette demande.

Une bonne prise en charge psychiatrique en France

De par son histoire, vu précédemment mais aussi de par les moyens qui ont été alloués à la psychiatrie et à la santé mentale, la France possède, on peut le dire, une bonne prise en charge psychiatrique sur son territoire. En 2005, l'OMS a établi un rapport sur la psychiatrie et considérait que l'offre de soins psychiatrique en France était quantitativement importante que ce soit en termes d'équipements ou de moyens humains. C'est le système de santé psychiatrique le plus dense du monde en terme de ressources humaines. [38]

Le nombre de psychiatres exerçant en France n'a jamais été aussi élevé qu'actuellement. Dans l'éventualité où demain, le nombre de nouveaux psychiatres formés serait inférieur à celui des départs de professionnels à la retraite, la France disposerait toujours de plus de psychiatres que dans les années 90. [39]

Concernant la psychiatrie de la personne âgée, nous pouvons remarquer, grâce aux données de la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé), une hausse des équipes spécialisées dans la prise en charge psychiatrique du sujet vieillissant en France. La France est passé de 114 équipes en 2013 à 135 en 2014 puis 145 en 2015 (ces chiffres ne comptabilisant pas les équipes mobiles). [40]

⁵ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Selon une psychiatre, interviewée dans le cadre de ce mémoire, voulant garder l'anonymat et exerçant dans le Nord-Pas-de-Calais, la région est bien équipée au niveau de la prise en charge psychiatrique de la personne âgée. Pour reprendre ses propos : « Le Nord-Pas-de-Calais bénéficie d'une bonne couverture. C'est une région très peuplée donc il existe beaucoup d'hôpitaux. Je pense qu'il y a une quantité de lits relativement importante mais insuffisante. De plus, il existe un bon maillage au niveau de réseau ambulatoire (MAIA, SSIAD). Nous ne sommes pas les plus mal dotés. »

Les projets en cours pour l'amélioration du développement de la psychiatrie de la personne âgée

Eclaircissement de la définition de la psychiatrie de la personne âgée

Les 14 et 15 septembre 2017, se tiendra, à Limoges, le 33ème congrès de la Société de Psychogériatrie de Langue Française. Une conférence sera animée par Louis PLOTON de Lyon s'intitulant *Qu'est-ce que la psychiatrie de la personne âgée ?* Il interviendra le 14 septembre. Le lendemain, une session thématique animée par Guillaume DUCHER de Clermont-Ferrand se tiendra et aura pour titre : *Frontières entre gériatrie et psychiatrie de la personne âgée : comment les définir pour mieux appréhender et travailler ensemble* ainsi qu'une autre session animée par Alexis LEPETIT de Villeurbanne, *Option Psychiatrie de la personne âgée au sein du D.E.S. de Psychiatrie : une reconnaissance officielle.*

Normalement, c'est lors de ce congrès que devrait être adoptée une définition officielle de la psychiatrie de la personne âgée en France. Ainsi, avec une définition commune, la France pourra commencer à rattraper son retard par rapport à d'autres pays en entamant un processus de cadrage pour la prise en charge psychiatrique des personnes âgées. Cette définition devrait se rapprocher de celle de l'OMS particulièrement en considérant la psychiatrie de la personne âgée comme une surspécialité de la psychiatrie mais aussi en adoptant les termes "psychiatrie de la personne âgée" ou "psychiatrie du sujet âgé" pour désigner cette discipline. Ces termes remplaceront les termes de "gérontopsychiatrie", "psychogériatrie" ou encore "psychiatrie gériatrique".

Les associations des usagers également concernées

Dans le cadre de ce mémoire, une bénévole du l'UNAFAM Pas-de-Calais a été interrogée. Elle a confié que la prise en charge de la personne âgée ayant des troubles psychiatriques est une des futures orientations nationales de l'UNAFAM France. En effet, plusieurs réunions ont été réalisées au sein de l'association afin de mener une réflexion sur les prises en charge spécifiques. Le but étant d'étendre les champs de représentation de l'UNAFAM auprès de tous les patients et de leurs familles. Lors de ces réunions, l'UNAFAM a reconnu que la prise en charge psychiatrique des personnes âgées est de plus en plus importante et qu'il faudrait donc mener une politique au sein de l'association afin de représenter et d'aider les patients et leurs familles. C'est pourquoi, dans les mois à venir, l'UNAFAM organisera des groupes de travail pour rédiger cette politique parallèlement à celle sur la prise en charge psychiatrique des adolescents.

Les axe d'améliorations

Le rapport "Cordier" propose plusieurs axes d'améliorations dans l'organisation des soins de la personne âgée. Il propose un rapprochement entre secteurs spécialisés comme la psychiatrie avec les secteurs de soins de santé primaires et un renforcement des réseaux et des lieux d'informations pour les usagers et les familles tels que les CLIC et les MAIA. [41]

Améliorer la prévention

La prévention concernant la psychiatrie de la personne âgée est très vaste notamment dûe aux multiples troubles et maladies qui en résultent. Par exemple, il faudrait se concentrer sur de la prévention et l'information auprès des patients et des familles sur les conséquences traumatiques de la grande dépendance, sur la préparation de l'entrée en institution ou encore sur la prévention de certains troubles entraînant une hospitalisation. Cependant les recherches dans le domaine de la psychiatrie du sujet âgé devraient se développer car actuellement celles-ci sont insuffisantes en ce qui concerne la prévention.

Il serait intéressant de créer des campagnes de sensibilisation aux maladies mentales du sujet âgé mais aussi de l'adulte. En effet, des campagnes de prévention permettraient de "dédiaboliser" la psychiatrie afin que la Société n'ait plus une mauvaise image de celle-ci. Ce type de campagne avait déjà été réalisé pour d'autres disciplines et maladies très mal vues de la population. Par exemple : les campagnes de prévention contre certains cancers ou contre le SIDA⁶. De nos jours, et grâce aussi aux progrès technologiques et pharmaceutiques, le mot cancer n'est plus forcément associé à "maladie incurable". Il est possible d'en guérir (tout dépend de quel cancer et à quel stade il est diagnostiqué). Les campagnes de prévention ont permis aussi d'informer les usagers que plus un diagnostic est établi tôt dans le développement de la maladie, plus les chances de guérison sont importantes. Ce type de campagne appliquée à la psychiatrie permettrait de redorer celle-ci et surtout inciterait les personnes ayant des troubles mentaux à ne pas attendre jusqu'à la crise et l'admission aux urgences psychiatriques pour bénéficier d'un suivi thérapeutique.

De plus, des campagnes d'informations sur les différentes prises en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques permettraient une meilleure compréhension du système de soin pour les usagers et les familles. L'une des conséquences serait aussi une désaturation des urgences psychiatriques. Une meilleure communication également auprès des professionnels et notamment des médecins adresseurs permettrait une orientation des patients vers un service adapté pour une meilleure prise en charge.

Par exemple, ces trente dernières années, un essor plus médiatique de la dépression a été constaté. L'image de celle-ci a évolué et est moins perçue, par la société, comme une maladie honteuse. [42] Il est à espérer que la prise en charge psychiatrique de la personne âgée pourra également suivre cette voie.

⁶ Syndrome d'immunodéficience acquise

Améliorer la communication inter-établissement

Plusieurs professionnels (un médecin psychiatre et un cadre de santé) interrogés dans le cadre de ce mémoire, proposaient de développer les rencontres inter-établissements afin que chacun puisse connaître les offres en matière de psychiatrie des personnes âgées que les autres établissements proposent. Ainsi, on pourrait même imaginer qu'un établissement se spécialise dans une certaine pathologie alors qu'un autre se spécialise dans une autre.

Développer l'ambulatoire

L'un des objectifs des ARS est de développer l'hospitalisation de courte durée. Dans les SROS-PRS, la priorité est axée sur la chirurgie ambulatoire mais d'autres disciplines sont également concernées telle la psychiatrie. En effet, le but est de réduire les temps d'hospitalisation ce qui a pour conséquence la réduction du temps d'attente avant une hospitalisation pour les patients mais aussi l'augmentation du nombre de patients pouvant être pris en charge. De même, cette alternative à l'hospitalisation classique permet de réduire les coûts de prise en charge des patients car leur durée de séjour est diminuée.

D'autres alternatives existent telle l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de nuit ou encore les équipes mobiles. Ces dernières permettent le maintien au domicile des patients qui est une priorité pour les différentes ARS.

Cependant, comme le souligne Mme Constant, Responsable des Soins de la Clinique Clinéa Bocagne à Louvoix, « L'ARS veut développer le maintien à domicile. Cela est possible si les moyens humains et financiers sont donnés. Ils sont nécessaires par exemple pour créer ou développer des équipes mobiles ». Plusieurs équipes mobiles spécialisées dans la psychiatrie de la personne âgée opèrent dans le Nord-Pas-de-Calais mais sont en nombre insuffisant par rapport à la demande et au nombre de personnes âgées dans la région.

Ces équipes interviennent dans des situations de détresse, de crise, de rupture, d'aggravation symptomatologique. Ces situations sont signalées généralement par l'entourage et la famille de la personne âgée ainsi que par les partenaires de l'équipe de soins. Ce dispositif va au-devant de cette population afin de favoriser l'accès aux soins et apporter une expertise.

La Visite à Domicile (VAD) est l'outil principal de ce dispositif permettant l'évaluation des soins directs. C'est une méthode de soins particulière demandant une grande attention de la part des intervenants comme l'intégration d'informations multiples sur l'environnement, la maîtrise de l'entretien (communication verbale) ainsi que la maîtrise de la communication non verbale (posture, jeu de position entre l'hôte et le professionnel).

Les avantages de la VAD sont : l'observation de l'environnement du patient et donc de ses ressources et l'adaptation de celui-ci à son état de santé sans oublier les limites de cet environnement. Un autre avantage est qu'elle permet aux soignants d'apprécier la dynamique familiale de la personne âgée ainsi que son réseau social et le niveau de soutien dont elle dispose. **[43]**

L'augmentation du nombre d'équipes mobiles et du nombre de VAD serait un véritable atout au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France et favoriserait aussi le maintien à domicile des personnes âgées.

Conclusion intermédiaire

Le développement de la psychiatrie de la personne âgée se heurte à différents freins développés en partie II. Cependant divers leviers ont été identifiés et permettront aux acteurs et institutions de s'appuyer dessus pour développer cette discipline.

On peut noter que ces leviers concernent la psychiatrie de la personne âgée de façon indirecte. Ce mémoire s'est concentré sur deux leviers du domaine de la psychiatrie et un levier du domaine de la gériatrie soit les deux disciplines qui entourent la psychiatrie du sujet âgé. Aucun levier concernant directement la psychiatrie de la personne âgée n'a été identifié. Cela est dû au fait que la psychiatrie de la personne âgée est une discipline relativement jeune et encore peu cadrée en France contrairement à la psychiatrie générale.

La psychiatrie adulte est en France bien plus ancienne et c'est sur cette expérience que la psychiatrie de la personne âgée devra s'appuyer. La sectorisation du territoire est l'un des principaux leviers car c'est une méthode d'organisation de l'offre de soins très bien cadrée et très bien organisée pour répondre aux besoins psychiatriques de la population française sur l'ensemble du territoire. De plus, la formation, l'expérience et le nombre de psychiatres exerçant en France est une force.

De même, paradoxalement, le vieillissement de la population est une force au développement de la psychiatrie de la personne âgée. En effet, la demande de soins de personnes âgées augmente donc le marché des seniors est plus important. On parle même de *Silver economy*. Un marché important attire plus d'investisseurs et c'est ainsi que l'on a vu le regain d'intérêt pour la gériatrie et la vieillesse. La psychiatrie du sujet âgé devrait profiter de ce gain d'intérêt pour ainsi évoluer et se développer en France.

L'implication de professionnels de la psychiatrie et de la gériatrie est aussi l'un des leviers pour le développement de la psychiatrie de la personne âgée comme l'en attestent les diverses réunions et congrès sur le sujet (Congrès de la Société de Psychogériatrie de Langue Française, Congrès Français de Psychiatrie...).

Cependant ces leviers sont insuffisants sans de nouvelles actions à mettre en place. C'est le cas, par exemple, de la prévention de troubles psychiatriques qui est insuffisante tout comme la communication autour de la psychiatrie de la personne âgée. Il faudrait plus de visibilité de la part des services spécialisés mais aussi une meilleure communication entre établissements pour qu'un maximum de professionnels connaisse les différentes prises en charge psychiatriques possibles du sujet âgé dans le secteur où ils se situent:-

De même, l'un des points importants pour développer la prise en charge psychiatrique du sujet âgé et d'encourager la création de service alternatifs à l'hospitalisation complète. Ceux-ci contribuent au maintien à domicile des personnes âgées en évitant ainsi le traumatisme d'entrer en institution.

Conclusion

L'étude de la psychiatrie de la personne âgée date de l'Antiquité. Déjà à cette époque, tête et fonctions cognitives étaient associées. Le papyrus Edwin Smith en est la preuve. Vieillesse rimait avec maladie incurable. Le « vieillard » était à la fois plaint et redouté même si on lui reconnaissait l'Expérience, ce qui ne sera plus le cas à la Renaissance. Pour adoucir les dernières années de son existence, Hippocrate le premier préconisa des régimes et conseils d'hygiène qui resteront d'actualité jusqu'au XIX^{ème} siècle.

C'est la philosophie des Lumières qui reconnaîtra la particularité du sujet âgé et c'est Charcot qui lui attribuera des maladies spécifiques. Le XIX^{ème} siècle placera les personnes âgées pauvres et indigents en hospice puis en asile psychiatrique dès leur création en 1938. Durant cette période, s'occuper d'un sujet âgé n'est pas gratifiant pour le psychiatre.

C'est en 1950 que la tendance commence à s'inverser en Europe. Les troubles psychiatriques de la personne âgée prennent de l'importance. Chaque pays concerné mettra en place sa propre organisation. Cette discipline sera même sanctionnée par un diplôme pour certains. En France, le professeur Léger sera le premier à mettre en place une unité spécifique de psychologie du sujet âgé au sein d'un Centre Hospitalier Spécialisé en 1980.

Malheureusement il n'existe pas en France, de cadre législatif concernant la psychiatrie de la personne âgée même si la circulaire DHOS /02 du 30 avril 2007 définit la prise en charge psychiatrique de celui-ci comme un des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire. C'est donc le cadre de la psychiatrie et de la santé mentale qui s'applique. D'ailleurs l'objectif du dernier plan psychiatrie et santé mentale préconise pour la personne âgée une offre spécialisée, un rapprochement gériatrie et psychiatrie.

Les SROS deviennent le cadre principal de la psychiatrie de la personne âgée. Le bilan du SROS-PRS de 2012-2016 du Nord-Pas-de-Calais par exemple, rend compte d'initiatives telles que la création d'équipes psychogériatrique. Celui-ci prévoit également des groupes de réflexion pour organiser et structurer leur développement.

L'OMS classe la France au 18^{ème} rang mondial pour la prise en charge psychiatrique du sujet âgé. Un classement peu flatteur dû à différents freins que ce mémoire a recensé.

Le frein de l'absence de définition. En effet, plusieurs termes sont utilisés tels que celui de psychogériatrie ou de gérontopsychiatrie. Le Docteur Granato, interrogé dans le cadre de ce mémoire dénonce également l'absence de définition officielle de la psychiatrie de la personne âgée. Pourtant au niveau mondial, l'OMS et l'AMP se sont positionnés sur la définition de la psychiatrie de la personne âgée qu'ils considèrent comme une surspécialité de la psychiatrie. Malheureusement ces textes ont été rédigés en anglais sans traduction française.

Le frein d'une spécialité non reconnue. En effet, en France, il n'existe pas de diplôme spécifique reconnu officiellement. Pourtant ce dernier l'a été dans huit pays. A ce jour en France, malgré tout, les internes en médecine sont généralement sensibilisés à la prise en charge des personnes âgées. Par contre, le nombre d'heures d'enseignement spécifique sur ce sujet diffère d'un internat à l'autre selon les régions. Des propositions de restructuration ont été débattues à la rentrée 2015 au sein de CNEMMOP qui prévoit une mise en place à l'automne 2017. Ceci a été confirmé et annoncé par les Ministères de la Santé et de l'Education Nationale. La psychiatrie de la personne âgée sera donc une surspécialité au sein du DES de psychiatrie générale et la France deviendra alors le 9^{ème} pays à reconnaître la psychiatrie de la personne âgée comme une spécialité à part entière, surspécialité de la psychiatrie.

Le frein de l'insuffisance de communication et d'organisation des dispositifs de prise en charge. En effet, à ce jour, ce sont les urgences psychiatriques qui accueillent le plus souvent les patients en premier lieu. Il faut dire que la discipline est victime d'une dévalorisation comme celle qui attrait à la personne âgée. De plus, les restrictions budgétaires communes à toutes les spécialités, limitent son développement. Il ne faut pas oublier non plus, le souci de l'identification des différentes structures existantes dans cette discipline. Le patient comme l'adresseur se perdent.

Le frein de la prise en charge difficile. En effet, les sujets âgés se situent entre médecine générale, gériatrie et psychiatrie. Le manque de spécialistes et la difficulté des diagnostics pèsent sur cette spécialité qu'est la psychiatrie du sujet âgé. La désertification médicale dans certaines régions rend la tâche encore plus compliquée. La conséquence en est un manque de soins de premiers secours pour ce type de patients.

Le frein du désintéressement du sujet âgé et par extension le sujet âgé ayant des troubles psychiatriques a entraîné un retard dans les recherches médicales en France et donc un retard dans la connaissance des pathologies psychiatriques spécifiques du sujet âgé. Le docteur Granato annonçait dans son entretien que tous les organes vieillissent et possèdent un dispositif de suivi. Pourquoi en est-il autrement de la « tête » de la personne âgée ?

Le frein de la mauvaise image de la psychiatrie qu'a la Société. En effet, cette image est liée à celle des asiles psychiatriques. Les troubles mentaux sont toujours synonymes d'exclusion sociale. D'ailleurs de nombreux films font de la psychiatrie un sujet d'horreur. De plus, une étude menée en 2014, par Marlène Blond du CH Le Vinatier parue dans *l'Information psychiatrique*, montre que, sur 840 psychiatres travaillant en France, plus de la moitié d'entre eux pensent que la population française a une mauvaise image du psychiatre.

Mais il faut garder espoir. Même si les freins reconnus empêchent d'imaginer l'avenir sereinement, des pistes et leviers existent.

Le levier de la psychiatrie de secteur. Depuis la circulaire ministérielle du 15 mars 1960, l'ensemble du territoire français est découpé en secteurs psychiatriques d'environ 70 000 habitants avec un établissement de référence pour le secteur. Ce modèle a ses limites aussi mais reste une base très solide pour la prise en charge des patients. Pourquoi ne pas appliquer ce modèle à la prise en charge psychiatrique des personnes âgées ?

Le levier du regain d'intérêt pour la personne âgée. Le vieillissement de la population a entraîné une plus grande demande de prise en charge de personnes âgées. Cela a donc créé un marché qui devient de plus en plus important. C'est à partir de ce moment-là que les recherches et les investissements ont foisonné. De plus, la vision négative de la personne âgée dans notre société commence à laisser place à une vision plus positive où la vieillesse est synonyme d'activités, de bien-être, de joie de vivre etc.

Le levier de la bonne prise en charge psychiatrique. L'OMS a établi un rapport en 2005 sur la psychiatrie et considérait que l'offre de soins psychiatrique en France était quantitativement importante que ce soit en termes d'équipements ou de moyens humains. Le nombre de psychiatres exerçant en France n'a jamais été aussi élevé. De plus les recherches sur le sujet sont également importantes.

Certaines solutions pour le développement de la psychiatrie de la personne âgée ont commencée à être mises en œuvre. On peut citer, par exemple, la future adoption d'une seule définition pour toute la France de la psychiatrie du sujet âgé ce qui cadrera mieux cette discipline. L'UNAFAM s'est fixée comme future orientation nationale, la psychiatrie des personnes âgées. Des groupes de travail se réuniront pour écrire cette politique autour de la prise en charge psychiatriques des personnes âgées.

Ce mémoire a pu proposer des axes d'améliorations pour le développement de la psychiatrie du sujet âgé. Il faut encourager la prévention des troubles psychiatriques et des troubles psychiatriques du sujet âgé dans la population. La prévention est très importante pour éviter certains troubles ou pour amener les patients à consulter plus tôt dans l'évolution de leur maladie.

Améliorer la communication inter-établissement serait un atout pour que l'ensemble des acteurs puissent connaître les offres de cette discipline dans les différents secteurs psychiatriques.

De même, le développement de l'ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation complète permettrait de soigner plus de patients, d'offrir plusieurs types de prises en charge selon les pathologies et serait une source d'économie pour les patients et pour la sécurité sociale. De plus, un encouragement des équipes mobiles spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé est nécessaire car cela participe au maintien à domicile des patients âgés.

La psychiatrie de la personne âgée est une discipline très intéressante et en plein essor. Nous assisterons très certainement à une révolution de cette discipline. Le cadrage de celle-ci sera de plus en plus important en France et nous pouvons espérer que d'autres leviers viendront aider au développement de la discipline. Nous pensons aux nouvelles technologies et à l'intelligence artificielle qui peuvent aider au maintien à domicile. Pourquoi ne pas penser à l'intelligence artificielle pour la lutte contre l'isolement ? Ainsi la personne pourrait conserver des interactions sociales en continu même si elles ne seront pas « humaines » à proprement parlé.

Bibliographie

- [1] Insee.fr, (2017), Bilan démographique 2016, Chiffres détaillés, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
- [2] DESRIVIERRE D. (2017) D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole, *INSEE Première*, n°1652, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738>
- [3] LANTERI-LAURA G., CAROLI F., Ayme J., THURIN J., Psychiatrie, *Encyclopædia Universalis*, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/psychiatrie/>, consulté le 20/08/2017
- [4] GRENOUILLOUX A. (2011) Éthique et normes en psychiatrie et santé mentale, *L'information psychiatrique*, volume 87, p479-486. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-6-page-479.htm>.
- [5] atih.sante.fr, (2016) *Psychiatrie Chiffres clés*, Données issues du Rim-P 2015, http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2015.pdf
- [6] OMS who.int (2001) Une personne sur quatre souffre de troubles mentaux, *Rapport sur la santé dans le monde*, http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/
- [7] OMS who.int (2017) Troubles mentaux, *Aide-mémoire* n°396 d'avril 2017 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>
- [8] PANCRAZI M., GUINARD P. & ISSERLIS C. (2015). L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France. *L'information psychiatrique*, volume 91, p755-761, <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-9-p-755.htm>
- [9] Ministère des Solidarités et de la Santé (2014) Le suicide en France, solidarites-sante.gouv.fr <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>, consulté le 16 mai 2017
- [10] PLANCKE L., (2015) 31ème congrès de la Société de Psychogériatrie de langue française Consulté le 16 mai 2017
- [11] OMS who.int, (1996) *Psychiatry of the Elderly*, http://www.who.int/mental_health/media/en/17.pdf
- [12] COHEN L., DESMIDT T., LIMOSIN F. (2014) La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* Volume 172, p781-784
- [13] PARIEL-MADJLESSI S., (1998) Fréquences, motifs et modalités d'hospitalisation en centre hospitalier spécialisé des patients âgés : enquête sur deux mois sur tous les secteurs d'un CHS. *Revue Gériatrie*, p23-365

- [14] MONFORT J., (2014), *La psychogériatrie*, 5ème édition, Paris,
- [15] Uncpsy.fr, Gériatrie - Gérontopsychiatrie, <http://www.uncpsy.fr/dotclear/index.php?2007/06/08/820-geriatrie-geronto-psychiatrie>, consulté le 02/06/2017.
- [16] Legifrance.gouv.fr, Article 69 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
- [17] solidarites-sante.gouv.fr (2011) *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*, p5-17, http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf
- [18] hcsp.fr, (2016), *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>
- [19] ecosante.fr (2015) Schémas régionaux d'organisation des soins, <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/161.html>, consulté le 02/08/2017
- [20] solidarites-sante.gouv.fr, Ministère de la Santé et des Sports, Guide Méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS), http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf
- [21] hauts-de-france.ars.sante.fr (2014), *Schéma régional d'organisation des soins du Nord Pas-de-Calais pour 2012 – 2016*, https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/SROS_NPDC_corps_juillet_2014.pdf
- [22] CLEMENT JP., DARTHOUT N., NUBUKPO P., *Guide pratique de psychogériatrie 2ème édition*. Avant propos XIII Consulté le 05/07/2017
- [23] CHARAZAC P. (2006). Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard. *L'information psychiatrique*, volume 82, p383-387. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-5-page-383.htm>
- [24] JAULIN P., (2012) Psychiatrie du sujet âgé : les métamorphoses d'un nom, *L'Information Psychiatrique*. p709-710. http://www.jle.com/fr/revues/ipe/e-docs/psychiatrie_du_sujet_age_les_metamorphoses_dun_nom_294998/article.phtml
- [25] LEPETIT A., LAVIGNE B., HERRMANN M., HANON C. & LIMOSIN, F. (2015). Formation en psychiatrie de la personne âgée en France : propositions du groupe de travail de l'Affep. *L'information psychiatrique*, volume 91,(9), p783-785. <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-9-page-783.htm>

- [26] TALPIN J. (2007). La crise de la fin d'hospitalisation en gériopsychiatrie. *L'information psychiatrique*, volume 83, p767-774. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-9-p-767.htm>.
- [27] BROWN R., ASHEAD G, POLLARD A. (2010). *The Approved Mental Health Professional's Guide to Psychiatry and Medication*, Chapitre 7 p40-45, consulté le 08/07/2017
- [28] ANDRE P. (2013). *Psychiatrie de l'adulte : formations médicales et paramédicales*. Paris: Heures de France, p162, consulté le 08/07/2017
- [29] ADAM S., JOUBERT S. & MISSOTTEN P. (2013). L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs ! *Revue de neuropsychologie*, volume 5, <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2013-1-page-4.htm#no1>, consulté le 23 /07/2017
- [30] AMES D., CHIU E., LINDESAY J. & SHULMAN K. (2010). *Guide to the psychiatry of old age*. Cambridge University Press, consulté le 08/07/2017
- [31] JOHNSON M. (2001). La conception de la vieillesse dans les théories gériologiques. *Retraite et société*, n°34, p51-67. <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2001-3-page-51.htm>.
- [32] PIEL E. & ROELANDT J. (2001). De la psychiatrie vers la santé mentale: Extraits du rapport des Dr Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT, *Vie sociale et traitements*, n°72, p9-32, <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2001-4-page-9.htm>
- [33] BARASINO O. (2015) Thèse : *Traitement médiatique de l'information en psychiatrie : regards croisés de la littérature scientifique, de la presse écrite quotidienne régionale, et des professionnels concernés*, <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/182af888-4439-4fd8-a70f-4adaab8fc79d>
- [34] BLOND M. (2016). Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français : de la flamme au burn out. *L'information psychiatrique*, volume 92, p625-639, <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-8-p-625.htm>
- [35] LEROUX L., (2017) Un homme soigné en psychiatrie fonce sur des piétons à Marseille, *Le Monde*, http://www.lemonde.fr/societe/article/2017/08/21/marseille-un-vehicule-fonce-sur-deux-abribus-au-moins-un-mort_5174639_3224.html, consulté le 24/08/2017
- [36] HENCKES N. (2015) La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ?. *Esprit*, mars-avril, p28-40, <https://www.cairn.info/revue-esprit-2015-3-p-28.htm>

[37] Legifrance.gouv.fr, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

[38] COLDEFY M., LE FUR P., LUCAS-GABRIELLI V., MOUSQUES J. (2009) Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France: des inégalités persistantes de moyens et d'organisation, *Questions d'Economie et de Santé*, n°145, <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf>

[39] ROUILLON F., (2012) *Psychiatrie française Psychiatrie en France*, SPRINGER, p145-175

[40] sae-diffusion.sante.gouv.fr (2015 - 2017) Statistiques annuelles des établissements de santé, <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>

[41] GUENNERY S., (2015) Thèse : *L'hébergement de la personne âgée dépendante – modélisation prospective : exemple de la région Poitou-Charentes*. p217-225 <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01149307/document>

[42] DEFROMONT L., ROELANDT J. (2003) Les représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif », *L'information psychiatrique*, volume 79, p887-94, <http://etoilebipolaire.nordblogs.com/archive/2012/07/17/les-representations-sociales-du-fou-du-malade-mental-et-du-d.html>

[43] GIARNORDOLI C., (2017) Quand vraiment je ne pourrai plus, *Revue santé mentale*, Avril 2017. Consulté le 19 juin 2017

Table des figures

Figure 1 Image du psychiatre au sein de la communauté médicale. Référence bibliographique [34].....p39

Figure 2 : Image du psychiatre au sein de la société. Référence bibliographique [34]..... ;p39

Annexes

Annexe 1 : Entretien avec le Docteur Philippe GRANATO, psychiatre

GRILLE D'ENTRETIEN

Centre Hospitalier Sambre-Avesnois à Maubeuge
Dr Philippe GRANATO, Psychiatre chef de service
Mercredi 12 juillet 2017 à 10h00

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management des Etablissements de Santé à l'ILIS (Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé), réalisation d'un mémoire sur le thème « le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ». L'objectif de cette rencontre : définir les freins et les leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France

Conditions de diffusion : Un résumé de cet entretien sera retranscrit dans le mémoire en annexe, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

Vous avez aidé à ouvrir une Unité fonctionnelle de consultation de psychiatrie du sujet âgé en 2005, est-ce depuis à partir de cette période que vous avez commencé à travailler dans le domaine de la psychiatrie de la personne âgée ?

Réponse :

Non ce n'était pas à partir de 2005 mais bien avant cela. C'était par hasard lors de mes études de psychiatrie. J'ai effectué une année de recherche à l'Inserm à Lille. Ensuite j'ai étudié la pathologie de la maladie d'Alzheimer pendant un an ainsi que le vieillissement du cerveau. J'ai effectué une thèse sur les éléments psychotiques. Puis j'ai travaillé à l'hôpital du Hainaut qui était un hôpital du XVIII^e siècle (grands plafonds, plusieurs patients par salle, dortoirs etc.) qui ne correspondait pas du tout aux prises en charge actuelles des patients. J'ai été un pionnier de la prise en charge psychiatrique du sujet âgé dans le Valenciennois.

Pourquoi un tel désintérêt pour la psychiatrie de la personne âgée?

Réponse :

C'était tout d'abord un désintérêt de la personne âgée et du vieillissement en général. Le vieillissement est le vieillissement de tous les organes (cœur, yeux, foie, poumons, prostate, reins etc.). Tous ces organes ont un dispositif de suivi. Par exemple, lorsque le cœur est vieillissant, on consulte un cardiologue puis on fait des bilans à intervalles réguliers. Lors de problèmes de vue, c'est pareil, on consulte un ophtalmologue puis on a un suivi tous les ans voire tous les 2 ans. Le seul organe pour lequel il n'y a pas ce dispositif de suivi c'est le cerveau or c'est tout de même l'organe qui coordonne tous les autres. De plus, contrairement

aux autres organes, c'est celui qui, une fois affecté par le vieillissement, est problématique pour l'individu mais aussi pour l'entourage du patient et pour la société. On s'intéresse au cerveau vieillissant seulement en cas de maladie d'Alzheimer mais entre la maladie d'Alzheimer et les psychopathologies, il y a tout un continuum.

La maladie d'Alzheimer est intéressante mais il ne faut pas mettre de côté les maladies autres que les troubles démentiels.

Il y a tout un tas de pathologies liées au vieillissement qui ne sont pas liées à la maladie d'Alzheimer. Il y a donc un intérêt pour la recherche pour la psychiatrie.

L'intérêt de la médecine pour le vieillissement et la personne âgée a véritablement commencé avec la sortie du Tacrine (médicament contre Alzheimer) dans les années 1990-1992.

Les personnes âgées n'intéressaient personne à l'époque (ni les neurologues, ni les psychiatres, ni les gériatres). Il y avait peu de recherches sur les personnes âgées.

Ce médicament, a permis de démontrer un ralentissement dans la progression de la maladie d'Alzheimer, ce qui fut une première en la matière. C'est alors qu'un "nouveau marché" est apparu qui a créé un changement de la vision qu'avaient les professionnels de la personne âgée.

C'est alors qu'ils ont essayé de transférer toutes les prises en charges des maladies d'Alzheimer ou troubles apparentés aux psychiatres. Ceci a une raison historique, en effet, quand le comportement ne va pas bien chez quelqu'un, on l'emmène voir un psychiatre.

Sauf que les psychiatres n'étaient pas intéressés par ce type de prise en charge.

C'est pourquoi les malades Alzheimer ont donc été transférés aux gériatres. C'est ainsi que les gériatres se sont intéressés au vieillissement du cerveau.

La France possède un retard par rapport à d'autres pays européens sur la prise en charge du sujet âgé. D'après vous, quelles en sont les causes ?

Réponse :

Tout d'abord, comme dit précédemment, ce fut à cause du désintérêt pour la personne âgée.

Ensuite, lorsque les gériatres se sont davantage intéressés par le vieillissement, on a trouvé des termes comme gérontopsychiatrie, psychogériatrie etc. Mais il n'y a pas eu de définitions officielles et donc un cadrage de la psychiatrie du sujet âgé. En France, il n'y avait pas de diplôme spécifique pour cette fonction qu'est l'étude de la psychiatrie du sujet âgé. C'est pourquoi plusieurs personnes se sont appropriées cette fonction en devenant des gérontopsychiatres ou des psychogériatres, devenant ainsi des surspécialistes.

Le défaut de clarté a été un frein au développement de la psychiatrie de la personne âgée.

Comment pourrait-on améliorer cela ?

Réponse :

La psychiatrie française est unique au monde. Il existe un maillage du territoire en secteurs de 70 000 habitants. C'est Parfait ! C'est à dire que même le plus petit village de France dépend d'un secteur psychiatrique et d'un CMP (Centre Médico-Psychologique). Donc, tous les 70 000 habitants il y a un lieu de consultation.

A titre de comparaison, en gériatrie ou en neurologie, ce type de maillage n'existe pas.

Grâce à cela, la psychiatrie a un impact direct et rapide. Les troubles psychiatriques sont donc rapidement pris en compte.

Il faut aussi travailler en partenariat avec le conjoint pour mieux traiter les troubles psychiatriques.

But : - éviter hospitalisation et surtout l'hospitalisation de longue durée
- continuer la prise en charge rapide des troubles psychiatriques
- Éviter l'erreur de diagnostic (la dépression ressemble à la démence)
- Maintenir les personnes le plus souvent possible chez eux.

Pour cela, il faut continuer de développer des hospitalisations d'une journée pour observation. En effet, ce type d'hospitalisation est très intéressant pour orienter le diagnostic. De plus, on peut réaliser de la neuropsychométrie.

L'œil clinique des infirmiers est aussi un atout car ils sont habitués au contact avec les patients souffrant de troubles psychiques et cela permet une meilleure prise en charge du patient.

Quel futur pour la psychiatrie de la personne âgée ?

Réponse :

A la prochaine rentrée universitaire, en septembre, il y aura une définition de la psychiatrie du sujet âgé qui deviendra alors une sous-spécialité de la psychiatrie.

Cela va donner tout un tas d'opportunités et de forces.

Pour devenir psychiatre, il faut 5 ans d'étude pour comprendre l'appareil psychique. Pour étudier le vieillissement et l'impact de celui-ci sur l'appareil psychique, c'est aussi quelques années supplémentaires d'étude. Et c'est seulement dans ce sens-là que doit se faire la connaissance de la psychiatrie de la personne âgée. Il faut d'abord comprendre l'appareil psychique pour en comprendre ensuite son vieillissement. L'inverse, qui consisterait à comprendre le vieillissement général du corps et de ses organes pour ensuite se spécialiser dans le vieillissement psychique n'est pas la manière la plus appropriée.

Les gériatres sont des spécialistes du vieillissement, ils connaissent les dysfonctions de tout le corps dû au vieillissement et pas juste les dysfonctions du cerveau.

La psychiatrie du sujet âgé s'annonce donc comme une hyperspécialité de la psychiatrie. Le vieillissement de l'appareil psychique est donc une affaire de psychiatrie et pas de gériatrie ni de neurologie. La neurologie aide à comprendre les dysfonctionnements

physiques du cerveau mais pour en comprendre les dysfonctionnements psychiques, il faut l'expertise d'un psychopathologue.

Cela va entraîner des remous lorsque la définition de la psychiatrie du sujet âgé sera adoptée ainsi que le fait que la psychiatrie du sujet âgé devienne une hyperspécialité de la psychiatrie et non de la gériatrie. Des gériatres ont développé des structures psychogériatriques ou gérontopsychiatriques, certains se sont investis hyperspécialistes (neurogériatres, cardiogériatres, psychogériatres).

Cependant les structures de psychogériatrie ou de gérontopsychiatrie ne vont pas disparaître car elles sont trop importantes en ce moment. En plus on ne ferme pas des lits lorsque ça marche mais le contenant et la redéfinition vont être mis en question.

Par contre les mots gérontopsychiatrie et psychogériatrie vont être amenés à disparaître.

La prise en charge de la démence restera dans le domaine de la gériatrie.

On est à un tournant de la prise en charge du sujet âgé et surtout de sa prise en charge psychiatrique.

Quels sont les projets en cours ou à venir sur la psychiatrie de la personne âgée dans votre établissement ?

Réponse :

A Maubeuge, il y aura un développement d'activités intéressantes du psychiatre du sujet âgé avec l'objectif d'hospitalisation de courte durée.

Annexe 2 : Entretien avec Mr. D., Cadre de santé

GRILLE D'ENTRETIEN

Clinique privée psychiatrique dans le Nord-Pas-de-Calais
(Clinique sans service spécialisé en psychiatrie du sujet âgé)

Mr. D., Cadre de Santé

Mardi 11 juillet 2017 à 18h00

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management des Etablissements de Santé à l'ILIS (Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé), réalisation d'un mémoire sur le thème « le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ». L'objectif de cette rencontre : définir les freins et les leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France

Conditions de diffusion : Un résumé de cet entretien sera retranscrit dans le mémoire en annexe, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

Avez-vous déjà travaillé dans un service spécialisé dans la prise en charge psychiatrique du sujet âgé ?

Réponse :

Oui dans un service spécialisé de patient ayant des démences de type Alzheimer, patients séniles, troubles vasculaires. C'était un service fermé pas comme la Clinique où je travaille actuellement.

Les patients présentaient des symptômes, des comportements qu'on peut retrouver dans des pathologies psychotiques. Les symptômes des patients psychotiques sont très proches et l'étiologie de la démence n'est pas certaine. Certains symptômes et comportements spécifiques sont parfois communs entre démences physiologiques et démences psychiatriques. La problématique de l'étiologie de la démence n'est pas simple à diagnostiquer. Pour la maladie d'Alzheimer on ne confirme le diagnostic qu'après l'autopsie.

Si une personne âgée (+ de 65 ans) fait une demande d'admission dans votre établissement, est-elle automatiquement redirigée vers une autre structure ? Si oui, est-ce dans le cadre d'une coopération inter-établissement ?

Réponse :

Non, c'est compliqué, car il y a un manque important de structures spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. On n'a pas toujours de solutions à proposer, c'est-à-dire de structures partenaires adaptées à la

prise en charge psychiatrique de la personne âgée. La maladie d'Alzheimer est intéressante et il y a beaucoup de structures adaptées pour sa prise en charge mais il ne faut pas mettre de côté les maladies autres que les troubles démentiels. Il y a tout un tas de pathologies liées au vieillissement qui ne sont pas liées à la maladie d'Alzheimer. Il y a donc un intérêt pour la recherche pour la psychiatrie.

Que pensez-vous de la prise en charge psychiatrique du sujet âgé dans le Nord / en France ?

Réponse :

Elle est insuffisamment développée, encore mal évaluée et je pense qu'on n'a pas encore pris toute la mesure des pathologies psychiatriques de la personne âgée. Il y a tout un domaine à développer

La France possède un retard par rapport à d'autres pays européens sur la prise en charge du sujet âgé. D'après vous, quelles en sont les causes ?

Réponse :

La première cause de ce retard, à mon avis, est la prise de conscience sociétale. Il y a une représentation sociétale négative du grand âge qui pratiquement, naturellement, évoluerait vers la démence ce qui est faux mais qui est une représentation qu'ont les gens de la vieillesse. Ce n'est pas une fatalité mais il y a des pathologies à traiter. Certaines personnes pensent que si la personne âgée perd la tête c'est normal mais non ce n'est pas normal, c'est qu'il y'a une pathologie derrière. On a longtemps banalisé les troubles psychiques du sujet âgé en les mettant sur le dos du vieillissement normal du cerveau. Depuis maintenant quelques années, on revient sur ces stéréotypes et on sait que le cerveau d'une personne âgée peut vieillir normalement sans dégénérer vers une démence. C'est pour moi la première cause de retard dans la prise en charge psychiatrique des personnes âgées.

La deuxième cause, qui en découle, c'est le manque de personnes formées pour comprendre, diagnostiquer, traiter ces personnes. Il y a peu de médecins spécialisés en gerontopsychiatrie, peu de personnels soignants sensibilisés et formés à la prise en charge psychiatrique spécifique des personnes âgées.

La troisième cause est qu'il y a un manque d'investissement des pouvoirs publics et des groupes privés dans des structures adaptées.

J'ajouterai, grâce à mon expérience passée lorsque je travaillais pour des laboratoires pharmaceutiques, que peu de progrès ont été fait sur les traitements spécifiques aux démences (Alzheimer par exemple), aux troubles psychiatriques spécifiques du sujet âgé. Il y a eu peu de progrès médicamenteux, nous avons une pharmacopée qui est encore assez pauvre. Ce qui complique la prise en charge médicale et n'incite pas les médecins à s'orienter vers une discipline qui peut être dévalorisante.

Pour vous, quels sont les freins actuels au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

L'un des freins est le manque d'investissement actuel de groupes privés. Les groupes privés ne s'investissent pas énormément dans cette nouvelle discipline car le coût du soin d'une personne âgée démente ou ayant des troubles psychiques est élevé et nécessite un nombre de personnels supérieur à une prise en charge « classique » de personne âgée ou de patients en psychiatrie adulte.

De plus, cela nécessite des bâtiments avec des sécurités passives, des bâtiments fermés mais quand même accueillant. Une prise en charge complète représente un surcoût évident qui n'engage pas à investir massivement dans ce domaine.

Un autre frein est le manque de professionnels formés ce qui entraîne une montée des salaires de ceux qui sont spécialistes. Ils sont rares donc ils sont plus chers.

Il y a aussi une mauvaise coordination entre les différents acteurs. Un mauvais adressage, des diagnostics imprécis donc des patients qui vont être en maison de retraite ou dans un service de psychiatrie adulte (s'ils peuvent y être acceptés).

Un autre frein important, ce sont les familles car il y a des familles en demande mais aussi la mauvaise image qui peut être véhiculée de la psychiatrie. Mettre son parent dans une unité de psychiatrie peut représenter un frein pour la famille.

Comment pourrait-on améliorer le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

Il faudrait une sensibilisation de la population, des formations à cette discipline dès la fac pour les médecins et les soignants.

Au niveau de l'ARS, du ministère, il faudrait développer une politique structurée de déploiement et de sectorisation de structures spécialisées avec des partenariats publics/privés pour homogénéiser la sectorisation.

Il faudrait également une meilleure reconnaissance tarifaire des actes de soins propres à la prise en charge des démences.

Une consultation en gériopsychiatrie est très longue, plus longue qu'une consultation « classique » en psychiatrie, et devrait être mieux rémunérée pour attirer les professionnels. Il faudrait revaloriser la gériopsychiatrie et les actes spécifiques à cette discipline.

Quels sont les leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

On pourrait s'appuyer sur certaines structures existantes pour sectoriser.

On pourrait s'appuyer sur certains EHPAD qui ont des unités spécialisés.

On pourrait s'appuyer sur les groupes privés qui ont développé cette spécialité sur des secteurs et faire de même que les services spécialisés démence.

Il faudrait également développer la prise en charge à domicile spécialisée (SSIAD, HAD) en gerontopsychiatrie. Développer l'aide à domicile lorsqu'il est possible que la personne puisse rester chez elle.

Il faut que le ministère développe des projets de création de structures immédiate spécialisées.

On pourrait réorienter une partie des hôpitaux de jour spécialisés en gerontopsychiatrie. Prendre, par exemple, des hôpitaux de jour existant et les spécialiser en hôpitaux de jour pour la prise en charge psychiatrique des personnes âgées.

Le maillage territorial est à développer afin qu'il corresponde aux besoins du terrain. Le développer de façon homogène pour un maillage efficace comme la psychiatrie adulte l'est.

Est- ce qu'il y a des projets en cours ou à venir sur la psychiatrie de la personne âgée dans votre établissement ?

Réponse :

On est inciter, par l'ARS et l'HAS, à développer des structures d'hôpitaux de jour pour limiter des couts d'hospitalisations complètes mais il n'y aucune incitation qui est proposée pour des structures de gerontopsychiatrie à l'heure actuelle,

Dans le secteur privé, les investissements sont faits que si les projets sont soutenus au niveau ministériel. Ils sont soutenus également de la part des investisseurs, du groupe, que s'ils ont une assurance d'une rentabilité raisonnable qui permette d'amortir les couts de prise en charge.

Annexe 3 : Entretien avec une bénévole de l'UNAFAM 62

GRILLE D'ENTRETIEN
Association UNAFAM du Pas-de-Calais
Bénévole de l'UNAFAM 62
Mercredi 19 juillet 2017 à 11h00

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management des Etablissements de Santé à l'ILIS (Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé), réalisation d'un mémoire sur le thème « le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ». L'objectif de cette rencontre : définir les freins et les leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France

Conditions de diffusion : Un résumé de cet entretien sera retranscrit dans le mémoire en annexe, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

Comment l'UNAFAM accompagne les familles et les patients âgés ayant des troubles psychiatriques ? Y'a-t-il quelqu'un de référencé pour accompagner les personnes âgées ?

Réponse :

Tout d'abord, si les patients qui ont des troubles psychiatriques ont plus de 65 ans, généralement ils sont en EHPAD.

Nous accompagnons plutôt les familles de 20 à 60 ans, il n'y a personne de référencé pour représenter et accompagner les familles des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques. Cependant nous avons des partenariats avec quelques EHPAD dans lesquels nous faisons des sensibilisations à la psychiatrie. On fait des sensibilisations dans d'autres établissements médico-sociaux (particulièrement les MAS). Ceci n'est pas spécifique au département du Pas-de-Calais mais dans toute la France, l'UNAFAM intervient dans des établissements médico-sociaux pour faire des sensibilisations.

Nous intervenons notamment dans 2 EHPAD ayant des lits réservés spécialement aux personnes âgées avec des problèmes psychiques. Ces personnes âgées accueillies sont généralement des personnes ayant eu des troubles psychiatriques toute leur vie et vieillissant, ils n'ont pas pu rester dans l'institution où ils étaient et ont donc dû aller dans cette unité spécialisée.

On essaie également de travailler avec l'ARS mais cela est très dur.

La France possède un retard par rapport à d'autres pays européens sur la prise en charge du sujet âgé. D'après vous, quelles en sont les causes ?

Réponse :

Je ne sais pas trop. A l'UNAFAM on commence seulement à en parler. Nous avons de plus en plus de familles qui nous demandent pour un de leur proche âgé. Au départ, on ne savait pas trop les renseigner, c'est pourquoi nous avons fait des groupes de travail autour de ce thème et que c'est dans le projet de l'UNAFAM d'aider aussi les familles et les personnes âgées ayant des troubles psychiatriques.

Pour vous, quels sont les freins au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

L'un des freins est que l'on ne s'occupe pas assez des personnes ayant des troubles psychiatriques. On commence seulement à en parler alors qu'il y a des familles aujourd'hui qui ont déjà besoin d'aide.

Il faudrait aussi refaire les aides des MDPH. Si vous avez un handicap psychique et que vous demandez de l'aide à la MDPH avant 60 ans, vous l'aurez mais si votre demande est faite alors que vous avez plus de 60 ans, ce n'est plus possible, ce sera l'APA. Or vous n'aurez pas du tout la même somme, vous aurez moins.

Pour vous, quels sont les leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

Je ne sais pas. Faudrait voir les structures, comme les EHPAD, qui ont des unités spécifiques aux personnes âgées ayant des troubles psychiatriques, ou encore ceux atteints d'handicap psychiques.

Quels sont les projets en cours ou à venir sur la psychiatrie de la personne âgée au sein de l'UNAFAM ?

Réponse :

Au niveau national, la psychiatrie de la personne âgée a commencée à être discutée tout comme l'accueil de jeunes adolescents avec des troubles psychiatriques. Il y a comme projet de faire une branche ou du moins des textes concernant la psychiatrie des personnes âgées. Cela n'a pas pu être fait avant car l'UNAFAM était très occupée.

Annexe 4 : Entretien avec Mme Séverine CONSTANT, Responsable des Soins

GRILLE D'ENTRETIEN Clinique Clinéa Bocagne à Louvoix Mme Séverine CONSTANT, Responsable des soins Lundi 24 juillet 2017 à 15h30

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management des Etablissements de Santé à l'ILIS (Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé), réalisation d'un mémoire sur le thème « le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ». L'objectif de cette rencontre : définir les freins et les leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France

Conditions de diffusion : Un résumé de cet entretien sera retranscrit dans le mémoire en annexe, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

Depuis combien de temps travaillez-vous dans le domaine de la psychiatrie de la personne âgée ?

Réponse :

Cela fait plusieurs années maintenant. En plus de la prise en charge des personnes âgées dans notre établissement, je participe également à des groupes de travail à l'ARS sur la thématique de la psychiatrie du sujet âgé.

Dans notre établissement, nous traitons les patients âgés ayant ont des troubles psychiatriques mais sans pathologies somatiques. Dans le service de gériopsychiatrie, ce sont les patients ayant des troubles psychiatriques de plus de 65 ans. On ne fait que de l'hospitalisation libre, c'est-à-dire pas d'hospitalisation contre le consentement du patient.

Les patients admis n'ont pas de troubles démentiels. Si tel est le cas, nous les renvoyons vers d'autres services plus spécifiques).

Quels sont les freins au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

L'un des freins est les critères de sélection des patients dans les unités de psychiatrie de la personne âgée. Par exemple, on peut avoir un patient de 59 ans avec des troubles du vieillissement ayant besoin d'un retour dans son lieu de vie mais il est compliqué de l'accepter en unité gériopsychiatrique car trop jeune et compliqué de le garder en psychiatrie adulte car la structure n'est pas adaptée. Dans ce cas où doit aller le

patient ?

Un autre frein est si le patient est une personne seule, s'isolant. Il est difficile d'aller chercher et donc aider ce genre de patients.

Autre frein est la difficulté pour les patients et les familles de trouver une place. Dans certains cas, le retour à domicile est impossible. Dans notre établissement, par exemple, la DMS est de 5 semaines, s'il n'est pas possible de le renvoyer chez lui, où doit-il aller ? Car en service de médecine, ce n'est pas possible car ce n'est pas une pathologie aigue. Actuellement, on développe les réseaux (CLIC, MAIA), la clinique travaille beaucoup avec ces structures afin d'aider au mieux les patients en difficulté.

Autre frein est qu'il est difficile de gérer certaines comorbidités somatiques.

Le dernier frein est le budget et l'investissement. Le budget en psychiatrie adulte est différent du budget d'un service de gériopsychiatrie. Ce dernier est plus élevé car il faut plus d'infirmiers par exemple. De plus, le budget alloué par l'Etat n'est pas suffisant pour une bonne prise en charge.

Comment pourrait-on améliorer cela ?

Réponse :

Il faudrait donner plus de budget afin de former plus de professionnels à la psychiatrie de la personne âgée.

L'ARS veut développer le maintien à domicile mais pour cela il faut donner les moyens pour des équipes mobiles par exemple.

Il faudrait aussi développer les hôpitaux de jour spécialisé en gériopsychiatrie.

Il faudrait aussi faire un maillage de territoire comme il existe déjà dans la psychiatrie adulte.

Quels sont les leviers pour le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

L'ARS a créé des groupes de travail ce qui permet de rencontrer et de connaître les différents acteurs autour de nous.

Actuellement, grâce à ces groupes de travail, la clinique propose des formations psychiatriques dans des EHPAD et des EHPAD nous proposent des formations en gériologie. Tout le monde y gagne. On commence seulement à communiquer entre différents acteurs et c'est ça qui est important qui pourrait être le levier au développement de la psychiatrie de la personne âgée dans la région.

De plus cette communication permettra à ce que chacun ait une vue d'ensemble de ce que les autres font.

On pourrait s'appuyer sur les MAIA afin que celles-ci développent plus les réseaux

Quels sont les projets en cours ou à venir sur la psychiatrie de la personne âgée dans votre établissement ?

Réponse :

En octobre 2017, la Clinique va ouvrir un service de gériopsychiatrie acceptant les patients de plus de 65 ans avec des pathologies mentales plus des comorbidités somatiques.

Annexe 5 : Entretien avec le Dr D, médecin psychiatre

GRILLE D'ENTRETIEN

Clinique privée psychiatrique dans le Nord-Pas-de-Calais + un foyer d'accueil médicalisé

Dr. D, Médecin Psychiatre

Mercredi 26 juillet 2017 à 20h00

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management des Etablissements de Santé à l'ILIS (Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé), réalisation d'un mémoire sur le thème « le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ». L'objectif de cette rencontre : définir les freins et les leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France

Conditions de diffusion : Un résumé de cet entretien sera retranscrit dans le mémoire en annexe, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

Avez-vous déjà travaillé dans un service spécialisé dans la prise en charge psychiatrique du sujet âgé ?

Réponse :

J'ai travaillé en psychiatrie de secteur pendant deux ans et demi. Nous accueillions des patients de tous les âges (80 ans et plus). Puis j'ai travaillé en clinique psychiatrique privée et actuellement je travaille encore dans ce type d'établissement où l'on accueille aussi des patients de tous les âges. Par contre, je n'ai jamais travaillé dans une unité spécialisée de gériopsychiatrie ou de psychiagériatrie.

Je prépare cette année un DU de gériopsychiatrie.

En psychiatrie, il n'y a pas de limite d'âge maximum pour accueillir des patients, ce n'est pas comme dans les autres services de médecine où les gériatres prennent facilement le relais..

Que pensez-vous de la prise en charge psychiatrique du sujet âgé dans le Nord / en France ?

Réponse :

Le Nord-Pas-de-Calais bénéficie d'une bonne couverture. C'est une région très peuplée donc il existe beaucoup d'hôpitaux. Je pense qu'il y a une quantité de lits relativement importante mais insuffisante. De plus, il existe un bon maillage au niveau de réseau ambulatoire (MAIA, SSIAD) Nous ne sommes pas les plus mal dotés.

Pour vous, quels sont les freins actuels au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

La médecine de la personne âgée est une culture particulière avec une prise en charge globale. Je pense que les services de psychiatrie de secteur manquent de moyens. Pour une bonne prise en charge d'un patient âgé en psychiatrie, un œil somatique et un médecin généraliste assez proche sont nécessaires. Certains médecins pensent aussi que les patients âgés n'ont pas leur place en psychiatrie de secteur. Je ne suis pas d'accord avec eux. Je pense que si l'on possède suffisamment de moyens humains et de matériel, on peut effectuer des prises en charge de qualité de personnes âgées même en psychiatrie de secteur.

A mon avis, les freins au niveau de la coordination proviennent d'une importante méconnaissance de la psychiatrie de la part des gériatres avec notamment les préjugés qu'ont certains d'entre eux estimant que la psychiatrie ne peut prendre en charge des personnes âgées au sein de leurs services, ce qui est totalement faux. De plus, il n'est pas facile d'adresser à un service somatique des patients présentant des troubles psychiatriques.

Je pense que c'est aussi lié à un manque de places en psychiatrie comme en gériatrie.

Il n'y a peut-être pas assez de communication inter hôpitaux non plus. Ce serait appréciable si les hôpitaux trouvaient plus de possibilités pour se rencontrer.

J'ai l'impression que l'ARS et les instances de santé veulent que la psychogériatrie se dirige principalement vers l'ambulatoire. C'est une bonne chose mais nous savons parfaitement qu'il ne sera pas possible de prendre en charge en ambulatoire un trouble cognitif de A à Z chez un patient qui vit en milieu défavorisé et qui n'a pas d'accès aux soins. Les situations de crise se gèrent plus efficacement en établissement hospitalier.

Parfois nous médecins, ne savons pas faire la différence entre les diverses unités existantes. Par exemple, je ne sais pas effectuer de différence entre une unité cognitivo-comportementale et un service de psychogériatrie. Il y a de ce côté un manque d'information pour les professionnels des différentes unités existantes. Les budgets diffèrent parfois aussi selon le service.

Comment pourrait-on améliorer le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

La coordination des services est notamment à améliorer. Pour les psychiatres, la gériatrie fait peur et pour les gériatres, la psychiatrie fait peur également. Il est nécessaire d'améliorer le fait de travailler ensemble. Une meilleure communication entre hôpitaux est indispensable ainsi que l'obtention de plus de financements.

Je pense qu'il ne faut pas uniquement créer des services de psychiatrie du sujet âgé ou seulement des services d'anxio-dépressif. Il est important de rester polyvalent dans la psychiatrie de secteur.

Quels sont les leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

Au niveau des médecins, principalement pour la nouvelle génération de psychiatre, c'est une discipline qui nous intéresse.

Est- ce qu'il y a des projets en cours ou à venir sur la psychiatrie de la personne âgée dans votre établissement ?

Réponse :

Dans le foyer d'accueil médicalisé, rien n'est prévu car nous accueillons les femmes jusqu'à 60 ans.

Dans la clinique, nous sommes deux médecins à préparer un DU de gériopsychiatrie mais il n'y a pas de projet spécifique programmé.

Annexe 6 : Entretien avec M. Benoit HUE, Directeur d'établissement

GRILLE D'ENTRETIEN

Clinique de l'Escrebieux, clinique possédant un service de gériopsychiatrie
M. Benoit HUE, Directeur d'établissement
Vendredi 28 juillet 2017 à 14h30

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management des Etablissements de Santé à l'ILIS (Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé), réalisation d'un mémoire sur le thème « le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ». L'objectif de cette rencontre : définir les freins et les leviers au développement de la psychiatrie de la personne âgée en France

Conditions de diffusion : Un résumé de cet entretien sera retranscrit dans le mémoire en annexe, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée à la personne interviewée pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

La Clinique de l'Escrebieux a ouvert un service de gériopsychiatrie en 2015, comment est venu l'idée d'ouverture de ce type de service ?

Réponse :

L'idée est venue du constat qui avait été fait à l'époque que ce type de structure était inexistant dans le Nord-Pas-de-Calais, qu'il y avait un besoin du fait du vieillissement de la population. Les services de psychiatrie tels qu'ils existent aujourd'hui ne sont pas ou peu adaptés au sujet âgé vieillissant. Le but était de créer cette prise en charge pour mieux répondre aux besoins de la population âgée existante car ces patients âgés ne sont pas traités et soignés de la même façon qu'un patient de 20 ou 30 ans. Les soins sont différents, on a des problématiques que l'on a pas forcément avec des patients plus jeunes ce qui implique d'avoir des professionnels spécifiques. (neuropsychologues par exemple). Il faut également mettre à disposition différents professionnels au sein d'une même unité comme les gériatres, les psychiatres, les psychologues pour la prise en charge des patients. Le sujet âgé est un sujet fragile et le taux de suicide chez les personnes âgées est un des plus haut taux de France.

Quels sont les retours des patients mais aussi des professionnels y travaillant ?

Réponse :

Ils sont très satisfaisants que ce soit au niveau des acteurs de prise en charge médicale mais aussi au niveau des patients hospitalisés dans la structure (enquête de satisfaction).

La France possède un retard sur la prise en charge psychiatrique du sujet âgé, selon vous, quelles en sont les causes ?

Réponse :

C'est assez difficile à dire. Peut-être que l'on a considéré que pendant des années, qu'il n'y avait pas un grand intérêt de créer une prise en charge particulière pour ce type de patientèle. Même encore aujourd'hui, pour nous il n'a pas été si simple d'ouvrir le service de gerontopsychiatrie, notamment pour négocier afin d'avoir les moyens suffisants pour pouvoir avoir une offre de soins satisfaisante. Il faut notamment un effectif soignant plus important (+ d'IDE, + d'Aides-Soignantes) que pour un service de psychiatrie adulte « classique ».

Quels sont les freins pour le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

Il n'y en a pas vraiment. Tous les professionnels que l'on rencontre sont convaincus de la nécessité de créer ce type d'unités.

Il faudrait créer un juste milieu entre le besoin de créer ces unités et les capacités financières de notre pays à investir dans ces projets.

Quels sont les leviers pour le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

La démographie du pays avec notamment le vieillissement de la population et donc il y aura de plus en plus de demandes de ce type d'unités. Actuellement, la Clinique possède même une file d'attente pour pouvoir être hospitalisé dans l'unité de gerontopsychiatrie ce qui démontre une vraie demande de la population.

Comment pourrait-on améliorer le développement de la psychiatrie de la personne âgée en France ?

Réponse :

Il faut une meilleure communication auprès des professionnels de santé et particulièrement les médecins généralistes. Communiquer sur l'existence de ce type de structure, la qualité de prise en charge et ce qui est fait afin qu'ils en réalisent l'intérêt. Il faudrait notamment pouvoir lever certaines images négatives que certaines personnes peuvent avoir de la psychiatrie.

Quels sont les projets en cours ou à venir sur la psychiatrie de la personne âgée dans votre établissement ?

Réponse :

Fort de notre expérience et de notre crédibilité acquise dans ce domaine, nous sommes prêts à candidater pour ouvrir de nouveaux lits si demain l'ARS lance un appel à projet pour des lits supplémentaires.

LES FREINS ET LES LEVIERS AU DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE EN FRANCE

Le nombre de **personnes âgées** ne cesse de croître en France entraînant une augmentation de séjours des plus de 65 ans dans les établissements de santé. De nouvelles spécialités ont vu le jour telle la **psychiatrie des personnes âgées**. L'OMS classe la France au 18^{ème} rang mondial pour la prise en charge **psychiatrique du sujet âgé**. Nous nous sommes alors demandés quelles étaient les causes de ce retard ainsi que les **freins** et les **leviers** au développement de cette discipline en France.

Dans une logique de répondre à cette problématique, des **entretiens semi-directifs** ont été menés auprès de professionnels du secteur de santé complétés par des lectures bibliographiques. Ce mémoire présente l'évolution de la **psychiatrie de la personne âgée** à travers l'Histoire mais aussi le contexte réglementaire timide dans lequel elle évolue actuellement. Ensuite il est présenté différents **freins** au développement de cette discipline en France. Ces **freins** peuvent concerner la **psychiatrie de la personne âgée** directement ou indirectement. En effet, certains **freins** de la **psychiatrie** se retrouvent être également des **freins** de la **psychiatrie du sujet âgé**. Enfin, des **leviers** et des projets en cours pour développer cette discipline ainsi que des **pistes de progrès** sont également présentés.

Mots-clés : psychiatrie ; personne âgée ; sujet âgé ; freins ; leviers ; entretiens semi-directifs ; pistes de progrès ; gériopsychiatrie ; psychogériatrie ;

OBSTACLES AND LEVERS TO THE DEVELOPMENT OF OLD AGE PSYCHIATRY IN FRANCE

The number of **elderly people** is increasing in France. The consequence is an increase of people 65 years and older in health facilities. New specialties have emerged such as **old age psychiatry**. WHO ranks France 18th in the world for the **psychiatric** care of the elderly. We then wonder what the causes of this delay were and what the **obstacles** and **levers** are to the development of this discipline in France.

In response to this problem, **semi-directive interviews** were conducted with professionals in the health sector, supplemented by bibliographic readings. This dissertation presents the evolution of **old age psychiatry** throughout history but also the regulatory environment in which it is currently evolving. Then we present various **obstacles** to the development of this discipline in France. These restraints may concern **old age psychiatry** directly or indirectly. Indeed, some obstacles of **psychiatry** are found to be also **obstacles** of **old age psychiatry**. Lastly, **levers**, ongoing projects to develop this discipline and **opportunities** are also presented.

Keywords: psychiatry; elderly people; obstacles; levers; semi-directive interviews; opportunities; geropsychiatry; psychogeriatrics