SEMINAIRE MGEN 7 DECEMBRE 2012

ENJEUX
DE LA SANTE MENTALE
ET DE SA PRISE EN CHARGE
DANS
LA POPULATION AVANCANT EN ÂGE

Dr JUAN Fabien

Psychiatre

Directeur Médical INSTITUT MGEN DE LA VERRIERE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION : PLUS NOMBREUX, PLUS VIEUX, MOINS ANXIEUX ? (+ ANNEXE diaporama Dr GRANDJEAN)

II. LE DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE

A. UNE GESTATION HASARDEUSE ET UNE NAISSANCE DIFFICILE POUR LA PSYCHIATRIE DE LA PA

B. ENFANCE ET ADOLESCENCE : LE TEMPS DE L'APPRENTISSAGE ET DE LA RECONNAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE DE LA PA

III. ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS EN PSYCHIATRIE DE LA PA

A. Un dispositif psychiatrique spécifique susceptible de répondre de façon réactive à la diversité et à l'évolutivité des parcours :

1. Support de la continuité des soins, le dispositif ambulatoire en psychiatrie de la PA permet, quand il existe, d'apporter en proximité les réponses graduées les plus adaptées.

3 stratégies organisationnelles.

2. Organiser l'accès à une hospitalisation temporaire en psychiatrie de la PA : obligation du respect d'une identité à prédominance psychiatrique, du respect des indications spécifiques, de l'existence d'un amont et d'un aval.

3. Au de-là des outils de soins traditionnels de la psychiatrie publique, certains professionnels ont exploré des pistes nouvelles ou des dispositifs plus spécifiques.

B. Un dispositif fortement connecté à son environnement : la psychiatrie de la PA, une psychiatrie de liaison avant tout.

C. Une inscription dans le territoire et dans la politique sanitaire départementale et régionale « Globalité – continuité – proximité ».

D. La recherche et la formation

IV. CONSTAT EN ILE DE France ET RECOMMANDATION DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE EN 2012

A. SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE EN IDF / YVELINES

B. PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE EN PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE (Réseau de Promotion en Santé Mentale 78 YVELINES SUD) (Confère diaporama Dr JUAN)

C. PROJET MEDICAL INSTITUT MGEN DE LA VERRIERE : LA PERSONNE AGEE (Confère diaporama Dr JUAN)

I. INTRODUCTION

PLUS NOMBREUX, PLUS VIEUX, MOINS ANXIEUX ?

A l'horizon 2050, les personnes de plus de 60 ans seront 2 milliards sur terre. Le nombre des PA de plus de 60 ans sera supérieur à celui des enfants de moins de 14 ans, et les plus de 80 ans représenteront alors 20% de la population totale. Dans les pays dits développés, la proportion de personnes actives par rapport aux personnes retraitées passera de 9 pour 1 à 4 pour 1. La France Métropolitaine devrait compter 70 millions d'habitants avec près d'un habitant sur trois de plus de 60 ans contre un sur cinq actuellement.

La santé mentale des personnes âgées :
Prévalence et représentations des troubles psychiatriques.
Encéphale 2010 Giordana – Roelandt – Porteaux

Dans les dernières décennies, l'allongement de la durée de vie grâce à l'amélioration des conditions de vie et à l'efficacité des programmes de santé n'a pas été suivi pour autant d'une réduction d'incidence des maladies mentales dans le grand âge.

(L'encéphale 2006 : épidémiologie des maladies mentales dans le grand âge
Sylvaine Artero Univ de Montpellier
Etude ESPRIT 1863 personnes de plus de 65 ans.)

Les personnes âgées recourent plus aux soins somatiques de proximité que la population générale. Elles recourent trois fois plus aux soins hospitaliers que les 19-69 ans.

Etude DREES 2011 : Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les adultes.

Plus la PA est touchée par une comorbidité importante, plus augmente le risque de perte d'autonomie fonctionnelle, d'entrée en institution et de mortalité. La comorbidité augmente les coûts des soins et des hospitalisations. Derrière les pathologies cardio-vasculaires, arrivent les pathologies psychiatriques et démentielles.

Epidémiologie des comorbidités chez les personnes âgées.
Neurologie – Psychiatrique – Gériatrie NPG février 2007

Mais qu'en est-il donc du recours aux soins en santé mentale des personnes âgées. La pathologie mentale comme comorbidité aggravante est-elle estimée à sa juste importance ?

La population générale composée « des personnes avancées en âge » semble éloignée des stéréotypes habituellement admis. En effet, cette population est moins touchées par certaines pathologies mentales que la population générale entre 15 et 65 ans (psychoses, pathologies anxieuses, addictions…), plus tolérante envers les troubles d'autrui et porteuses de valeurs fondamentales d'entre-aide familiale.

La santé mentale des personnes âgées :

Prévalence et représentations des troubles psychiatriques.
Encéphale 2010 Giordana – Roelandt – Porteaux

Il est cependant important de réaliser un focus épidémiologique sur les troubles psychiatriques en institution qui révèle une situation par contre inquiétante.

Dans une étude de la DREES en 2003 sur 4462 personnes prises en charge en institution (Foyer, EHPAD, USLD), 85% des résidants présentent au moins une affection neuro-psychiatrique et sont surmédiqués par rapport aux autres résidants. 28% de troubles du comportement, 33% d'états dépressifs (fréquence équivalente à l'incontinence urinaire et aux Syndromes démentiels), 31% d'états anxieux, 15% de psychose, délire et hallucination.

Supérieur à l'insuffisance respiratoire 10%, la dénutrition 10%, le diabète 12%, la cataracte 15% et la surdité 18%.

DREES JUIN 2008 Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement.
Maison de retraite – foyer – USLD

Ce sont les conditions du vieillissement qui orientent les réflexions : les conditions physiques dans un premier temps avec une attention particulière à l'augmentation de l'espérance de vie sans invalidité physique importante et désormais la dépendance psychique.

II. LE DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE

Il est indispensable de rappeler la jeunesse voire la récente naissance de la psychiatrie de la personne âgée, du renforcement actuelle de la formation des psychiatres à la prise en charge de la personne âgée.

Au regard des besoins spécifiques et grandissant de soins en santé mentale de la personne âgée, quelle est la réponse de notre système de soins. Comment répond notre système psychiatrique français à cette situation. Et comment se prépare-t-il pour l'avenir ?

L'ampleur de ces besoins psychopathologiques comme leur acuité justifient, dans une optique de santé publique, la promotion d'une véritable politique de soins psychiatrique des personnes âgées qui prenne position sur la place nécessaire d'une psychiatrie du sujet âgé dans ses diverses dimensions : organisation de soins spécifiques connectée avec son environnement, recherche, formation…

Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé : quel rôle pour la psychiatrie ?
PLURIELS mai 2007 MASSE, VEBER

A. UNE GESTATION HASARDEUSE ET UNE NAISSANCE DIFFICILE POUR LA PSYCHIATRIE DE LA PA

La genèse d'une spécialité entre psychiatrie, neurologie et gériatrie.

- Avant le 18ième siècle : descriptions littéraires
- Du 18ième au 19ième siècle : évolution du mot « démence »

Description de la démence sénile et de la paralysie générale, démence précoce, démence artériosclérotique, démences toxiques, démence vésanique).

- Fin du 19ième et début du 20ième : isolement des « troubles mentaux à début tardif ».

Les études anatomo-cliniques.

Mélancolie d'involution, délire de préjudice sénile, paraphrénie tardive, psychose hallucinatoire chronique.

- 20ième siècle : le développement de la neuro-anatomie des démences.

Pick, Binswanger, Alzheimer, Fischer et Perusini

Le développement de la psychogériatrie à la fin du 20ième siècle.

Mise au point des tests neuropsychologiques d'évaluation des fonctions cognitives (MMS en 1975…)

Progrès de l'imagerie médicale (70 scan, 80 IRM, 2000 scinti cérébrale et PET-SCAN

Médicaments dans la maladie d'Alzheimer (1995 Tacrine ou COGNEX, 1998 ARICEPT EXELON, 2000 REMINYL, 1952 neuroleptique, 1957 antidépresseur).

Développement de la prise en charge médico-sociale depuis 20 ans.

- La question de la terminologie à la fin du 20ième siècle.

Gérontopsychiatrie,

Psychiatrie gériatrique,

Psychogériatrie,

Psychiatrie du sujet âgée…

Les grandes étapes de l'histoire de la psychogériatrie

Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie NPG avril 2006 ALBOU

Définition que nous retenons : Psychiatrie du sujet âgé de Léger en 1999 :

Discipline frontière qui a pour finalité d'intégrer :

A. la démentologie : associée de façon étroite aux neurosciences et envisageant l'essentiel des phénomènes du vieillissement comme l'effet direct, sinon exclusif des altérations du cerveau ;
B. l'approche clinique s'intéressant plus à l'individu malade, à ses souffrances, à la nécessité où il se trouve de s'insérer dans un milieu de vie souvent imposé, malgré les handicaps qu'il présente ;
C. la perspective psychologique orientée vers la compréhension des réactions du patient en fonction de ses déficits, de sa personnalité et de la situation dans laquelle il se trouve immergé ;
D. la dimension sociale prenant en compte les problèmes économiques et financiers, les réponses à la dépendance et l'aide aux familles.

La psychiatrie du sujet âgé, définit son identité, au sein même de la psychiatrie de l'adulte, et entre gériatrie et neurologie, évitant d'être diluée dans le concept flou de psycho-gériatrie. Elle doit participer à la bonne prise en charge pluridisciplinaire des personnes souffrances de démence mais son champ de compétence au regard des spécificités de la PA et des troubles psychiatriques est bien plus large.

Le plan alzheimer 2008-2012 a rétabli le nécessaire engagement conjoint des neurologues, psychiatres et gériatres face à la problématique démentielle. Il ne s'agit

pas d'une population homogène mais qui a cependant une unité qui ne se résume pas à l'âge et des spécificités d'où découle l'exigence de soins spécialisés.

Une perspective dynamique dans la prise en charge des PA souffrant de déemence dépasse la vision déficitaire de la lésion ou du trouble et permet une approche globale du sujet dans sa complexité. Cette clinique intégrative amène à un engagement psychiatrique et psychothérapeutique à long terme auprès du patient et de sa famille.

Du neuf dans les pratiques auprès des patients âgés ?

L'information psychiatrique janvier 2012 Jovelet

B. ENFANCE ET ADOLESCENCE : LE TEMPS DE L'APPRENTISSAGE ET DE LA RECONNAISSANCE DE LA PSYCHIATRIE DE LA PA

La formation à la psychiatrie du sujet âgée est un réel enjeu à ce jour afin d'améliorer nos réponses soignantes.

A partir de 1996 l'OMS et la section de psychiatrie du sujet âgé de la World Psychiatric Assoc WPA réalisent leurs premières propositions de conférences de consensus : cette pratique clinique particulière doit prendre en compte : la dimension cognitive, la relation thérapeutique transgénérationnelle, les conséquences pharmacologiques du vieillissement et le maniement délicat des psychotropes.

Au début du 21ième siècle, l'état des lieux de la formation à la psychiatrie du sujet âgé, en Europe et dans le monde est le suivant :

- Une spécialité peu reconnus et de façon disparate,
- Des formations pratiques mais hétérogènes, non systématiques et non obligatoires,
- Un faible niveau de formation initiale théorique des étudiants en médecine.

L'Europe réagit en intégrant des recommandations en 2008 dans la Charte de formation en psychiatrie de l'adulte de l'union européenne des médecins spécialistes (UEMS) :

Devant le vieillissement attendu de la population en Europe, tout psychiatre de l'adulte doit avoir la connaissance et des compétences nécessaires à la prise en charge des patients âgés ;

Il est nécessaire d'acquérir des connaissances concernant les facteurs biologiques, psychologique et sociologiques de prévention, d'étiopathologie et de prise en charge des problèmes psychiatriques des PA ;
Pour les étudiants ayant un intérêt marqué pour cette sous-spécialité, les modalités de formation en place dans leur pays doivent leur permettre et les encourager à acquérir des compétences théoriques et cliniques spécifiques ;
Cette formation doit être supervisée par un médecin sénior spécialisé en psychiatrie du sujet âgé.

En France, plusieurs des objectifs d'apprentissages du premier cycle de l'externat sont déjà conformes aux objectifs préconisés sur le plan international. Le DES de psychiatrie adulte intègre désormais des objectifs de connaissances et de compétences pratiques à acquérir en psychiatrie du sujet âgé. Sur l'ensemble du territoire depuis 10 ans, se Développent des Diplôme Inter-Universitaire (Paris, Dijon, Besançon, Clermont, Lyon, Tour, Angers, Poitiers, Nantes…) montrant la prise de conscience et l'intérêt du monde universitaire psychiatrique à former une génération de psychiatre à venir ayant les compétences pour prendre en charge la PA.
Nous en sommes à une étape cruciale : la création d'un DESC de psychiatrie de la personne âgée, alors que la reconnaissance de la spécificité de la psychiatrie de la personne âgée date de 1983 en Grande-Bretagne et 1991 aux Etats-Unis. Ceci permettra d'accélérer le développement de programmes de prévention et de soins,
d'apporter à ces programmes les compétences spécifiques de la psychiatrie, de former des praticiens et d'augmenter leur nombre, de développer des actions et programmes de recherche en psychiatrie de la PA.

Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ?
Info Psy janvier 2010 HANON, CAMUS

III. ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS EN PSYCHIATRIE DE LA PA

Le dispositif de soins en psychiatrie de la PA doit se décliner en plusieurs axes :

- Le dispositif ambulatoire,
- L'hospitalisation,
- Le développement d'outils novateurs,
- Le partenariat,
- L'inscription territoriale,
- L'engagement dans la recherche et la formation en lien avec les universités.

A. Un dispositif psychiatrique spécifique susceptible de répondre de façon réactive à la diversité et à l'évolutivité des parcours :

1. Support de la continuité des soins, le dispositif ambulatoire en psychiatrie de la PA permet, quand il existe, d'apporter en proximité les réponses graduées les plus adaptées.

3 stratégies organisationnelles :

Une intersectorialité totale

Une intersectorialité limitée à l'hospitalisation

Le choix d'une formule mixte

2. Organiser l'accès à une hospitalisation temporaire en psychiatrie de la PA : obligation du respect d'une identité à prédominance psychiatrique, du respect des indications spécifiques, de l'existence d'un amont et d'un aval.

Ces unités ont vocation à être installées sur les sites gériatriques ou à proximité, doivent faciliter les interfaces avec le somatique, le gériatrique et participer ainsi à l'amélioration de la fluidité entres les deux filières. Ces unités doivent profiter d'avis spécialisés gériatrique. Le caractère intersectoriel de l'unité garantit une visibilité et une lisibilité pour les partenaires qui bénéficient d'un interlocuteur unique, identifié et impliqué.

La création de ce type d'unité doit être une priorité de l'établissement porteur et s'intégrer dans la politique institutionnelle.

3. Au de-là des outils de soins traditionnels de la psychiatrie publique, certains professionnels ont exploré des pistes nouvelles ou des dispositifs plus spécifiques :

- Des équipes mobiles,

- Un dispositif de régulation,
- Des appartements thérapeutiques spécifiques
- Des expérimentations de soutien téléphonique,
- Une hospitalisation à domicile spécifique,
- Des réseaux de santé mentale…

B. Un dispositif fortement connecté à son environnement : la psychiatrie de la PA, une psychiatrie de liaison avant tout.

Une forte démarche partenariale pour permettre une action de prévention en amont et de réadaptation réinsertion en aval.

Partenariat avec les médecins généralistes et les travailleurs sociaux, les établissements médico-sociaux, les coordinations gérontologiques….

La psychiatrie vient en appui de ces partenaires par des interventions de soins directs auprès des personnes, des résidants, des actions de formation des personnels et des interventions sur les fonctionnements institutionnels.

Au sein des équipes de secteurs doit exister un référent intervenant régulièrement au sein des structures.

Une connexion évidente est à établir avec la filière gériatrique.

La filière psychiatrique de la personne âgée doit développer une activité de liaison destinée à la psychiatrie générale.

Les articulations et complémentarités doivent être formalisées sous forme de convention.

C. Une inscription dans le territoire et dans la politique sanitaire départementale et régionale « Globalité – continuité – proximité ».

1. Maintien dans le milieu de vie.
2. Proximité des lieux de prise en charge.
3. Identification des territoires pertinents.

Pour faire face à la nécessité de s'articuler avec le champ somatique et d'organiser des coopérations avec les autres acteurs de santé mentale, le dispositif psychiatrique sectoriel doit évoluer vers des prise en charge en commun et sur des territoires plus étendus quand cela est possible… il ne peut pas être la réponse unique à la prise en charge des soins psychiatriques de la PA.

D. La recherche et la formation

Développer une culture commune de recherche pluriprofessionnelle au sein d'équipes associant notamment psychiatres, gériatres, neurologues, psychologues.

Les études épidémiologiques en population sur la santé mentale des PA sont nécessaires à l'identification de nouveaux facteurs étiologiques. Ces études permettront d'évaluer le poids relatif de variables biologiques, environnementales, génétiques, pharmacologiques ou psychosociales et d'estimer quelle importance ont ces variables l'une par rapport à l'autres et quelle est leur interaction. Ces études permettent aussi d'intégrer des données d'imagerie cérébrale grâce à l'application de méthodes statistiques adéquates. Les premières études montrent l'importance pour les troubles psychiatriques de certains facteurs de risque : les facteurs environnementaux comme les événements de vie traumatiques ou le stress. De nouveaux syndromes et l'hétérogénéité clinique sont retrouvés chez les personnes âgées. Les psychoses chez les personnes très âgées sont plus susceptibles d'être associées à l'isolement social, à des dommages cérébraux et à des déficits cognitifs. La « dépression vasculaires » car on la trouve associée à des lésions cérébrales de la substance blanche. La dépression « sub-syndromique » est très fréquente (24%). La consommation de psychotropes est élevée.

(L'encéphale 2006 : épidémiologie des maladies mentales dans le grand âge
Sylvaine Artero Univ de Montpellier
Etude ESPRIT 1863 personnes de plus de 65 ans.)

Les études épidémiologiques apporteront une meilleure estimation des troubles psychiatriques chez les PA que les études cliniques, notamment par la prise en compte d'une palette de symptômes, tels que les troubles sub-syndromiques. La recherche sur ces troubles sub-syndromiques s'avère aujourd'hui indispensable à la compréhension de l'histoire naturelle d'une pathologie donnée et à l'étude des effets-doses des facteurs de risque.

L'épidémiologie psychiatrique devra permettre d'ouvrir de nouvelles perspectives dans le champ de la santé mentale du sujet âgé en estimant les probabilités de transition des sujets âgés vers une maladie et en calculant quels seront les points d'intervention possibles, afin de réduire l'incidence d'une pathologie.

(L'encéphale 2006 : épidémiologie des maladies mentales dans le grand âge
Sylvaine Artero Univ de Montpellier
Etude ESPRIT 1863 personnes de plus de 65 ans.)

IV. CONSTAT EN ILE DE France ET RECOMMANDATION DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE EN 2012

A. SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE EN IDF / YVELINES

L'Agence Régionale de Santé d'Ile de France sous la Direction de Mr Claude EVIN finalise son Schéma Régional d'organisation sanitaire en Ile de France fin 2012.

Avec une population de personnes âgées de plus de 75 ans de 6,4 % versus 8,8 % au niveau national, l'Île-de-France reste une région jeune. Cependant, l'accroissement de plus de + 13% des + de 75 ans d'ici 2020 présente plusieurs défis pour le système de santé : il lui faudra répondre à une demande accrue en matière de prévention et de soins, adapter les prises en charge aux besoins des malades polypathologiques, et repenser la place respective des différents acteurs dans l'organisation des soins.

La santé des personnes âgées concerne l'ensemble des professionnels de santé et du secteur médico-social et le SROS est en étroite interaction avec le schéma régional de prévention et le schéma régional médico-social. Ces données éclairent sur une orientation générale des volets du SROS pour la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans, et renvoie à l'ensemble des travaux produits ou en cours dans le cadre du programme d'amélioration des parcours des personnes âgées de l'ARS Île-de-France.

Principaux textes de référence :

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;

Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD5DN/2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Circulaire N°DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/20 02/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en oeuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Circulaire du 30 mars 2005 relative au plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Plan solidarité grand âge 27 juin 2006

Plan national 2007- 2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

En 2012, la région Île-de-France compte près de 770 000 personnes âgées de plus de 75 ans, soit 6,42% de sa population. Selon les projections démographiques, leur nombre devrait atteindre 870 000 en 2020. Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, l'augmentation serait de 41% d'ici 2020. Le nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) passerait de 127 000 en 2010 à 158 000 en 2020, soit une augmentation de 3000 personnes par an (source : INSEE).

Le vieillissement de la population n'est pas homogène sur toute la région et même à un niveau infradépartemental. Ainsi, la grande couronne serait plus marquée par le vieillissement démographique (+ 42% de personnes âgées dépendantes entre 2007 et 2020), comparativement à la petite couronne et à Paris (respectivement + 32% et +12%).

La population des personnes très âgées se caractérise par une forte consommation de soins de ville et de soins hospitaliers. En 2010, les plus de 80 ans représentaient 11,2% des patients (+2,9% par an) et 12,9% des séjours (+3,7% par an) en MCO, 25,9% des patients en HAD et 37,2% en SSR. Cette classe d'âge, principalement prise en charge par les établissements publics (75% des séjours contre 69% des séjours pour l'ensemble de la population), est la plus contributrice à la croissance du volume économique hospitalier. Entre 2009 et 2010, elle est à l'origine de 42,1% de la hausse de l'activité du secteur ex-DG [dotation globale : hôpitaux publics et ESPIC] et 58,9% de la hausse du secteur ex-OQN [objectif quantifié national – cliniques privées commerciales].

Ces données ont un impact considérable en termes d'organisation des soins :

Le nombre important de séjours en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des octogénaires comme une durée de séjour en UHCD supérieure à 1 jour témoignent souvent d'une insuffisante capacité en lits d'aval pour ces malades.

Il faut remarquer que dans le SROS, les données sur la santé mentale des PA et leurs besoins, restent insuffisante pour une analyse fine en comparaison des données sur la santé somatique des PA et leurs besoins.

Les constats sur la santé mentale dans la population âgée sont les suivants :

- les besoins sont croissants en psychiatrie de la PA,
- la surmortalité suicidaire relative est toujours présente,
- l'intrication somatique et sociale chez la PA nécessite une réponse ayant une vision systémique,
- la psychiatrie de la personne âgée n'est pas à confondre avec la psycho-gériatrie,

- l'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée est insuffisante, hétérogène, peu organisée,
- les secteurs psychiatriques ont un faible investissement à l'égard des EHPAD,
- il n'existe pas de structure d'EHPAD répondant aux besoins de prise en charge de cette population.

Objectifs et recommandations :

1. Optimiser la fluidité et la qualité du parcours de santé et de vie : de la prévention à la réinsertion.
2. Renforcer les dispositifs de prévention et promotion de la santé mentale : favoriser les actions d'éducation thérapeutique à destination des patients et de leurs proches, reconnaître la place des aides.
3. Développer une approche diversifiée et graduée.
4. Se fonder sur une gradation de soins.

La gradation de soins :

Mettre l'accent sur la réponse de proximité niveau 1

- CMP au cœur du dispositif en facilitant l'accès.
- Réactiver les VAD.
- Intensifier les collaborations.

Coordonner l'offre par territoire de santé niveau 2

- Gouvernance spécifique formalisée.
- Mettre en place des coordinations des acteurs et d'intégration des parcours de cas complexes par population ou par pathologie spécifique : exemple personne âgée.
- Mieux positionner les structures à vocation régionale.
- Réduire les inégalités intra-régionales d'accès aux soins.

Organiser le circuit de l'urgence.

Faciliter l'accès aux soins somatiques.

Intégrer la dimension somatique au parcours de soin.

En établissement ou service spécialisé conforter l'accès aux soins somatiques.

Réduire les hospitalisations au long cours et les perdus de vue.

Soutenir la réhabilitation psychosociale.

Répondre aux besoins de situations, de publics et/ou de pathologies spécifiques :

- Mettre en place une filière de prise en charge des personnes âgées dans chaque territoire.
- Créer un centre ressource régional et formaliser un comité technique régionale.
- Développer la prévention (1er parcours) : en direction des médecins généralistes, des services de soins à domicile, des aidants naturels. Favoriser la présence de psychiatre et psychologue dans les futures maisons de santé.
- Favoriser les ressources alternatives à l'hospitalisation ou l'hébergement institutionnel.
- Favoriser un suivi de proximité (niveau 1 spécialisé) ayant des référents spécifiques et compétents au sein de la psychiatrie sectorielle.
- Favoriser une coordination au niveau du territoire.
- Etablir un partenariat avec la gériatrie.
- Renforcer les équipes mobiles en psychiatrie.

B. PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE EN PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE AGEE (Réseau de Promotion en Santé Mentale 78 YVELINES SUD)
Confère diaporama.

C. PROJET MEDICAL INSTITUT MGEN DE LA VERRIERE : LA PERSONNE AGEE
Confère diaporama.