



**HAL**  
open science

# Les attentes des médecins coordonnateurs d'EHPAD vis-à-vis d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée : le cas de l'Isère

Morgane Guével

► **To cite this version:**

Morgane Guével. Les attentes des médecins coordonnateurs d'EHPAD vis-à-vis d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée : le cas de l'Isère. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00669376

**HAL Id: dumas-00669376**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00669376>**

Submitted on 13 Feb 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2012

N°

**Les attentes des médecins coordonnateurs d'EHPAD  
vis-à-vis d'une équipe mobile de psychiatrie de la  
personne âgée : le cas de l'Isère**

THESE

PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

**Morgane GUEVEL**

Née le 1<sup>er</sup> janvier 1982 à Douarnenez (29)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble

Le 30 janvier 2012

Devant le jury composé de :

Président du jury : Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

Monsieur le Professeur Philippe KAHANE

Monsieur le Professeur Georges WEIL

Monsieur le Docteur Jean-Paul CHABANNES

Monsieur le Docteur Pierre MICHELETTI, directeur de thèse

## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Thierry Bougerol,**

*Pour avoir accepté de présider cette thèse et de nous faire l'honneur de votre présence. Soyez assuré de mon profond respect.*

**A Monsieur le Professeur Philippe Kahane,**

*Pour avoir accepté de juger ce travail et d'apporter votre contribution à ce jury avec un regard extérieur.*

**A monsieur le Professeur Georges Weil,**

*Pour avoir porté de l'intérêt et accepté de juger ce travail.*

**A Monsieur le Docteur Pierre Micheletti,**

*Pour m'avoir proposé ce sujet et m'avoir guidée tout au long de ce travail. Votre parcours et votre expérience me sont source d'estime et d'enseignement. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance.*

**A Monsieur le Docteur Jean-Paul Chabannes,**

*Pour avoir accepté d'être membre du jury et d'apporter ainsi votre avis professionnel sur le sujet.*

**Aux Docteurs Anne Claustre, François Nerson, Raghid El Hor, Mustapha Bensaadi, Marc Piketty, Marc Dubuc, Lora,**

*Pour votre aide précieuse sur ce sujet. Pour m'avoir permis de comprendre le rôle du médecin coordonnateur.*

**A tous ceux qui m'ont accompagnée dans l'apprentissage de mon métier de médecin,**

*Aux Docteurs Claudine Chauchefoin, Evelyne Raffin, Philippe Eyraud, pour m'avoir fait découvrir et partager votre vision de la médecine générale en libéral et pour votre accueil chaleureux sur les bords du lac d'Annecy. Que cette phrase de votre cabinet reste pour moi un modèle à suivre « Le cardiologue s'occupe de votre coeur, le neurologue s'occupe de vos nerfs (...), le médecin généraliste s'occupe de VOUS ».*

*Aux Docteurs Philippe Dumoulin, Jean-Yves Rousset, Olivier Jouet-Pastre, à Maud, Odile et Emmanuelle, pour votre accueil bienveillant et chaleureux dans vos cabinets et en dehors. Que votre passion et motivation pour la médecine générale me suivent tout au long de mon parcours*

Aux Docteurs Joelle Pigeon, Emile Nicollet, Marie-Pascale Tartavel, Louis Locci, Jean Louis Chapurlat, *pour m'avoir fait confiance lors de mes premiers remplacements.*

A tous les médecins et équipes rencontrées tout au long de mes études, *pour m'avoir transmis chacun à leur façon, leurs connaissances, leurs savoir-faire et leurs savoir-être.*

A toutes les équipes avec lesquelles j'ai travaillé à l'étranger que ce soit à Sérénaty, Vientiane, Cayenne, Bocaranga, *pour m'avoir permis de m'intégrer facilement malgré nos différences culturelles et m'avoir fait découvrir une autre médecine et une autre culture.*

A l'équipe MSF de Bocaranga, *pour le travail formidable réalisé et les moments forts partagés ensemble.*

Aux équipes et médecins rencontrés dans les EHPAD, *pour les soins et la considération que vous portez aux personnes âgées, lesquels représentent, à mon sens, un investissement pas toujours suffisamment reconnu.*

A toutes les personnes âgées rencontrées durant mon cursus, *pour votre conseil : profitez de la jeunesse.*

*« Le jeune est beau, le vieillard est grand. »*

Victor Hugo

A tous les patients rencontrés tout au long de mes études *pour avoir accepté et contribué à la formation d'un « apprenti » docteur.*

A toutes les personnes qui œuvrent pour que tout le monde ait accès aux soins.

Et, aux lectures de Martin Winckler qui m'ont permis de conforter mon choix vers la médecine générale.

### **A ma famille,**

A mes parents *Pour les valeurs que vous m'avez transmises et bien plus encore. Merci du fond du cœur.*

A Marine et à Tangi *que je suis fière d'avoir comme frère et sœur, en espérant rester toujours aussi proche de vous.*

A ma grand-mère de Tal Ar Roz, *qui est partie trop tôt.*

A Hubert, *pour ton soutien, surtout en première année.*

**A mes amis,**

*A Aude, pour cette belle rencontre au début d'internat . Merci pour tout. Avec Radja, merci pour votre soutien.*

*A Lise, pour ton aide si précieuse sur ce sujet. Merci d'être là.*

*A Stef, ma compagne de cordée. Pour tous les moments partagés ensemble.*

*A Fred, mon point d'ancrage. Bienvenue à Emma.*

*A Mélanie , en souvenir de notre voyage. J'attends que tu me rattrapes...*

*A Servane, pour ta présence à Brest et le goût pour la montagne.*

*Aux frangins de Guyane, Elise, Stef , les deux Greg, pour les 6 mois passés ensemble et cette chance de rester en contact malgré nos pérégrinations à travers le monde.*

*A tous les internes rencontrés au cours des différents stages, Aude, Julien, Brieuç, Clémence, Raf, Tom Tom, Dorothée, Laetitia, Laure, Clara, Claire, Pierre, pour ces partages et échanges enrichissants dans le cadre du travail et en dehors.*

*A tous les amis de Bretagne ou d'ailleurs, Séverine, Isabelle, Sandrine et Fred, Marilyne, Marion, Amélie, Annaïg, Emilie, Marielle, Julie, Siu, Chloé, Barbara, qui m'ont suivie ou me suivent , de près ou de loin, et qui comptent pour moi.*

*« Si l'adulte refuse au vieillard toute possibilité de communication en privant de sens ses paroles, ses gestes, ses appels, celui-ci s'enferme en lui-même, il désapprend le langage, il se sent glisser hors de l'espèce humaine. »*

Simone de Beauvoir

## TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
MATERIEL ET METHODE S	9
1-Objectifs	9
2- Type d'étude	9
3- Méthode d'intervention	9
3.1 Le questionnaire	9
3.2 Description des différentes parties	10
3.3 Méthode de distribution des questionnaires	10
4- Méthode de traitement des questionnaires	11
RESULTATS	12
1- Participation à l'étude	12
2- Renseignements généraux sur les EHPAD	13
2.1 Nombre de résidents	13
2.2 Age des résidents	13
2.3 Etat de dépendance	13
2.4 Présence d'une Unité Psycho Gériatrique	14
2.5 Présence d'un ou une psychologue	14
2.6 Formation des médecins coordonnateurs à la gérontopsychiatrie	14
2.7 Consommation de psychotropes	15
2.8 Classes thérapeutiques prescrites	15
3- Etat des lieux des troubles psychiatriques et leur prise en charge au cours de l'année 2010	16
3.1 Données préliminaires	16
3.2 Pathologies psychiatriques des résidents	16
3.3 Prise en charge gérontopsychiatrique au cours de l'année 2010	17
3.3.1 Nombre de prise en charge	17
3.3.2 Répartition des prises en charge	17
3.3.3 Nombre d'hospitalisation	18
3.3.4 Indication de l'hospitalisation	19

3.3.5 Difficultés rencontrées	19
4-Identification des attentes vis-à-vis de la psychiatrie publique/collaboration avec une future équipe mobile	21
4.1 Interventions des CMP au sein des EHPAD	21
4.2 Modalités d'intervention	22
4.3 Souhait de renforcement de l'implication des CMP	22
4.4 Information du projet d'une équipe mobile de psychiatrie	23
4.5 Apports supposés de cette équipe mobile/intervention des CMP	24
4.6 Autres attentes vis-à vis de l'équipe mobile de psychiatrie	25
4.7 Avis concernant l'articulation CMP/équipe mobile	25
4.8 Remarques personnelles	27
4.8.1 Commentaires sur la psychiatrie	27
4.8.2 Bénéfices attendus de cette équipe mobile	28
4.8.3 Remarques diverses	28
<b>DISCUSSION</b>	<b>29</b>
<hr/>	
1-Synthèse de l'enquête	29
1.1 Généralités	29
1.1.1 Caractéristiques des résidents	29
1.1.2 Prescription de psychotropes	29
1.1.3 Formation en gérontopsychiatrie	31
2. Les troubles psychiatriques et leur prise en charge :	31
synthèse des principales difficultés	
3. Les attentes vis-à-vis de la psychiatrie/concordance avec l'équipe mobile	34
2. Limites de l'Etude	36
2.1 Biais de sélection	36
2.2 Biais de conception du questionnaire	37
3-Perspectives	38
<b>CONCLUSION</b>	<b>39</b>
<hr/>	
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>41</b>
<hr/>	
ANNEXES	
Annexe 1 : Courrier de sensibilisation	46
Annexe 2 : Questionnaire de thèse	47
Annexe 3 : Liste des EHPAD	51
Annexe 4 : Extrait du projet d'établissement du CHAI/Note du directeur	53

## **ABREVIATIONS**

AGE : Association de Gériatres d'Etablissement

ANESM : Agence Nationale de l' Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico Sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CH : Centre Hospitalier

CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico Psychologique

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

NA : Non Attribué

PASA : Pôles d'Activité et de Soins Adapté

SCPD : Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence

TNM : Techniques de soins Non Médicamenteuses

TS : Tentative de Suicide

UHR : Unité d'Hospitalisation Renforcée



## INTRODUCTION

Le développement des soins psychiatriques auprès des personnes âgées est un véritable enjeu pour la population actuelle, au regard de l’allongement de son espérance de vie [1]. En Isère, la population des plus de 60 ans devrait augmenter de moitié en 2020 [2]. Le maintien à domicile sera assuré pour certains, les autres seront accueillis dans des Etablissements d’Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), alors que l’on estime déjà que 85 % des personnes en institution présentent des troubles neuro psychiatriques [3].

Face à cette évolution démographique et en s’appuyant sur les constats des praticiens, sur le Schéma Régional d’Organisation de la Santé [4] ainsi que sur les orientations de son projet médical [5] (annexe 4), le Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) a initié à partir de 2010 un travail visant à mettre en place une offre de soins en matière de psychiatrie de la personne âgée, celle-ci étant pour le moment non structurée en Isère. La première étape de ce programme prévoit d’abord une implication auprès des EHPAD, avec la création d’une équipe mobile de psychiatrie, initialement prévue sur le secteur voironnais. Cette équipe se rendra dans le territoire précédemment cité en travaillant en partenariat avec les Centres Médico Psychologiques (CMP).

Afin d’appuyer ce projet et de l’optimiser dans le but d’obtenir une collaboration efficace entre les différents intervenants, deux enquêtes ont été réalisées : la première, destinée aux CMP, pour étudier leurs implications déjà effectives dans les EHPAD et leurs attentes ; la seconde, faisant l’objet de notre étude, à destination des médecins coordonnateurs des EHPAD.

Notre travail va permettre d’évaluer la prise en charge actuelle, dans les EHPAD de l’Isère, des patients présentant des troubles neuropsychiatriques et d’identifier les difficultés rencontrées. Il s’agira ensuite de décrire les attentes des médecins coordonnateurs vis-à-vis d’une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée, afin d’adapter en fonction le dispositif, dans le but d’améliorer les soins auprès de ces personnes âgées polypathologiques et fragiles.

# **MATERIEL ET METHODES**

## **1- Objectifs**

L'objectif principal de notre étude est d'appuyer le projet de développement de la filière gériopsychiatrique du CHAI, via l'exploration de l'utilité d'une équipe mobile à destination des EHPAD de l'Isère.

Les objectifs secondaires sont de :

- dresser un état des lieux des problématiques psychiatriques en EHPAD en mettant en avant les difficultés rencontrées par les médecins coordonnateurs lors de la prise en charge des troubles psychiatriques.
- décrire les attentes des médecins coordonnateurs vis-à-vis de l'équipe mobile.

## **2- Type d'étude**

Il s'agit d'une étude descriptive de type enquête de besoins établie à partir d'un questionnaire mixte (Annexe 2), comprenant une partie rétrospective sur l'année 2010 et une partie prospective. Elle est non comparative.

Elle concerne l'ensemble des EHPAD de l'Isère via leur médecin coordonnateur.

Les critères d'exclusion de notre étude sont :

- les EHPAD n'ayant pas de médecin coordonnateur
- les EHPAD dont le médecin coordonnateur est en activité depuis moins d'un an.

## **3- Méthode d'intervention**

### **3.1 Le questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré courant 2011 après entretien avec le président de l'association des médecins gériatres d'établissements et un médecin coordonnateur. Il a été testé par deux médecins coordonnateurs puis validé par la statisticienne du CHAI. Il comporte plusieurs types de questions quantitatives et qualitatives soit fermées, semi-ouvertes ou ouvertes.

### **3.2 Description des différentes parties**

La première partie comporte des questions d'ordre général sur les EHPAD soumis à l'enquête (nombre de résidents, présence d'une unité psychogériatrique, d'une psychologue) et sur leurs résidents (âge, état de dépendance, consommation de psychotropes)

La deuxième partie permettra de décrire les troubles psychiatriques et d'évaluer leur prise en charge sur l'année 2010 en recherchant le nombre d'hospitalisation, le lieu et les indications de l'hospitalisation. Une dernière question ouverte vise à cibler les difficultés rencontrées en amont et en aval de la prise en charge.

La troisième partie cherche à décrire les attentes des médecins coordonnateurs concernant les soins psychiatriques au sein de leur établissement via la collaboration et la coordination CMP-équipe mobile.

### **3.3 Méthode de distribution des questionnaires**

Les questionnaires ont été distribués initialement entre le mois de juillet et août 2011 aux médecins coordonnateurs contactés :

- par mail via la mailing list de l'association des médecins gériatres d'établissement par l'intermédiaire de son président au mois de juillet 2011.
- par courrier postal après avoir contacté par téléphone le secrétariat des EHPAD dont le médecin ne fait pas partie de l'AGE.

Chaque médecin coordonnateur a reçu : - une lettre expliquant la démarche

- un questionnaire
- une enveloppe timbrée et pré adressée

Un rappel supplémentaire a été effectué par voie orale lors de la journée de gérontopsychiatrie grenobloise du 6 octobre 2011.

Durant le mois d'octobre et de novembre, après avoir déterminé le jour de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement, les médecins coordonnateurs ont été contactés directement par téléphone, avec proposition d'une aide directe pour répondre au questionnaire.

Le recueil des questionnaires a été clôturé le 15 décembre 2011, après 6 mois d'enquête.

#### **4- Méthode de traitement des questionnaires**

Le recueil des données a été réalisé avec un tableur excel. Tous les questionnaires ont été saisis, les données manquantes ont été notées NA.

Le traitement des données s'est effectué avec le logiciel excel.

Les variables quantitatives ont conduit à une analyse purement descriptive à l'aide de pourcentages.

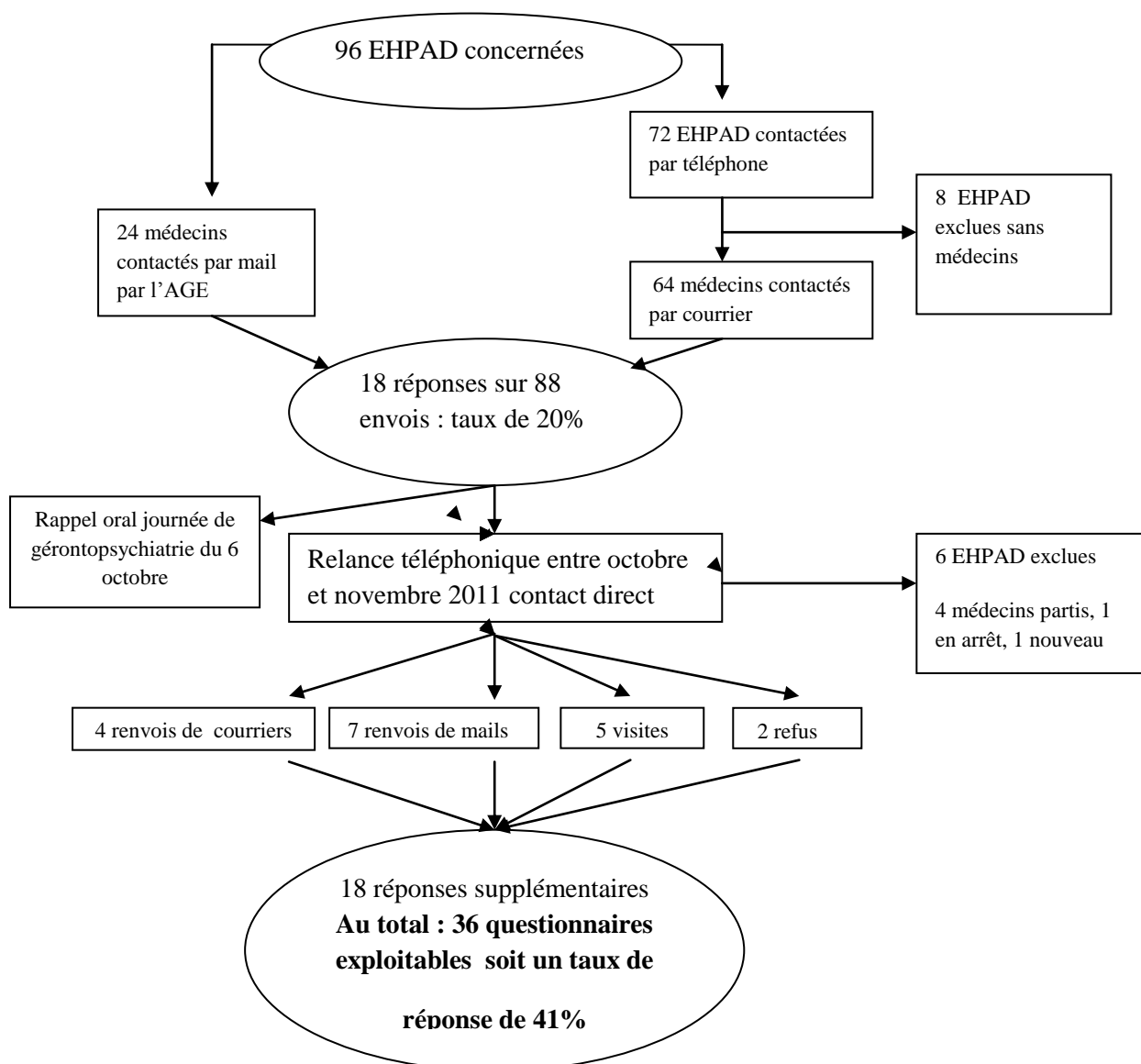
Les variables qualitatives ont amené une exploitation sous forme d'analyse par tri de contenu et regroupement et les résultats ont été décrits à l'aide de leur fréquences et de leurs pourcentages valides (calculés sur les réponses exprimées).

# RESULTATS

## 1- Participation à l'étude

96 EHPAD étaient potentiellement concernées par cette enquête sur le département de l'Isère. Finalement, après avoir exclu huit EHPAD sans médecins coordonnateurs, l'envoi du questionnaire s'est porté sur 88 établissements. Après ce premier envoi, nous avons seulement reçu, entre septembre et octobre 2011, 18 questionnaires, soit un taux de réponse de 20%. Suite à la deuxième relance téléphonique qui s'est soldé par quatre renvois de courriers, sept mails et déplacement dans cinq EHPAD, nous avons reçu 18 questionnaires supplémentaires sur 62 concernés (exclusion de six EHPAD supplémentaires et deux refus).

Au total, l'analyse des données porte sur 36 questionnaires exploitables sur les 88 envoyés soit un **taux de réponse de 41%**.



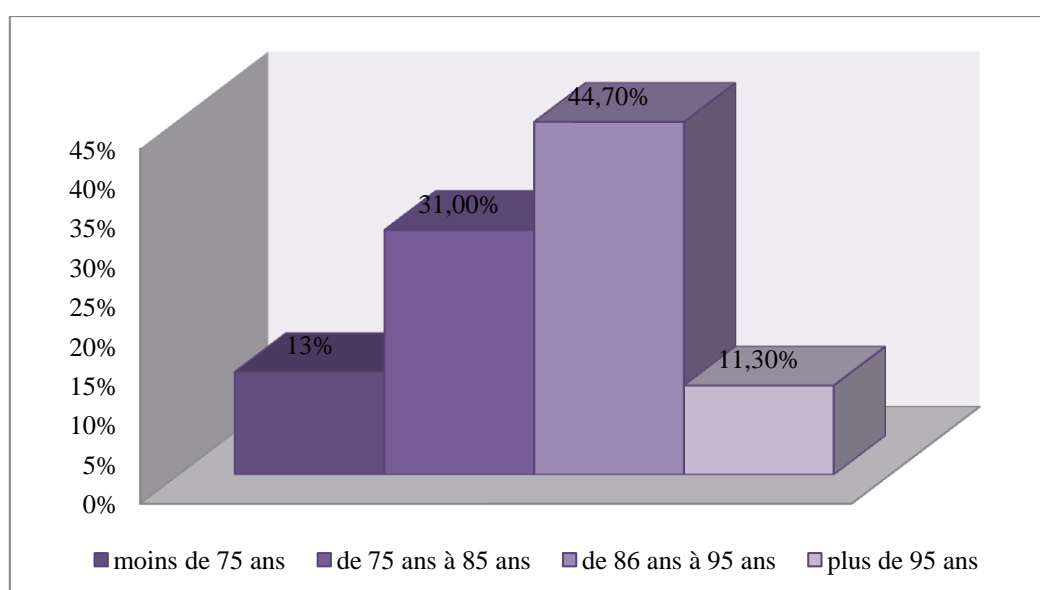
## 2- Renseignements généraux sur les EHPAD

### 2.1 Nombre de résidents

Dans notre échantillon correspondant à un total de 2871 résidents, le nombre moyen de résidents par EHPAD est de 79.

### 2.2 Age des résidents

La majorité des résidents dans notre échantillon a un âge compris entre 86 et 95 ans (44,7%). (figure 1)

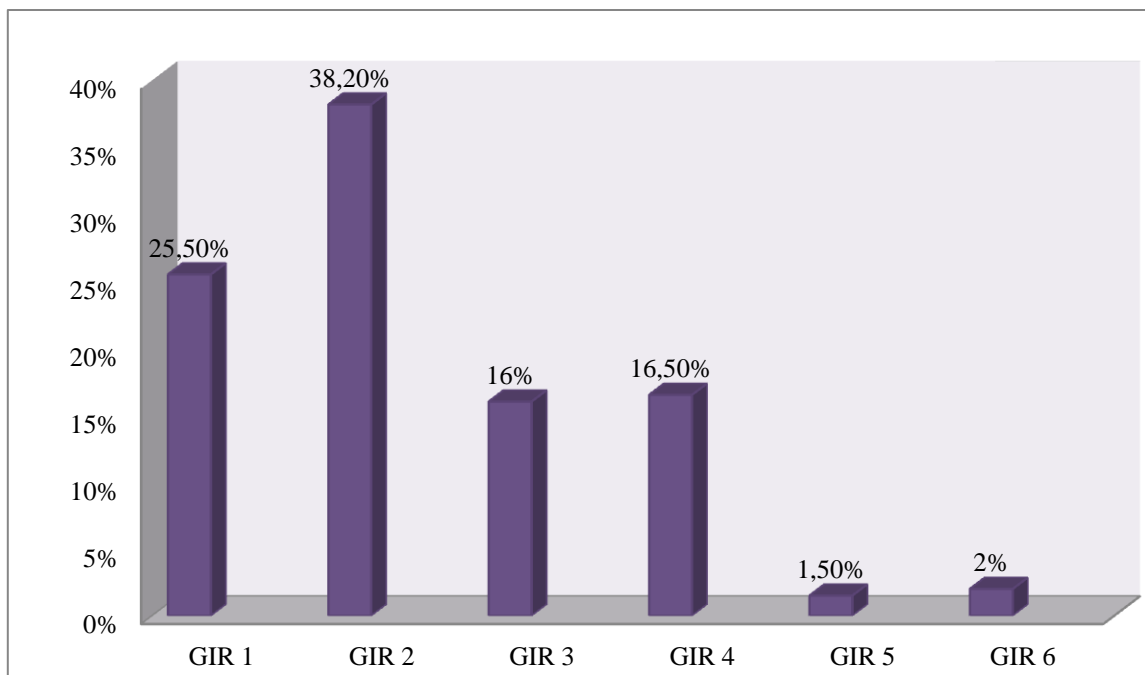


**Figure 1 : répartition des résidents en fonction de leur âge**

### 2.3 Etat de dépendance

La majorité des résidents a un état de dépendance coté GIR 2 (38,2%) ou GIR 1 (25,5%)

La moyenne des GMP est de 764 (figure 2).



**Figure 2 : répartition des résidents en fonction de l'état de dépendance**

#### **2.4 Présence d'une unité psychogériatrique**

Il existe une unité psychogériatrique ou unité fermée dans 47,3 % des cas , comprenant en moyenne 15 lits.

#### **2.5 Présence d'un ou une psychologue**

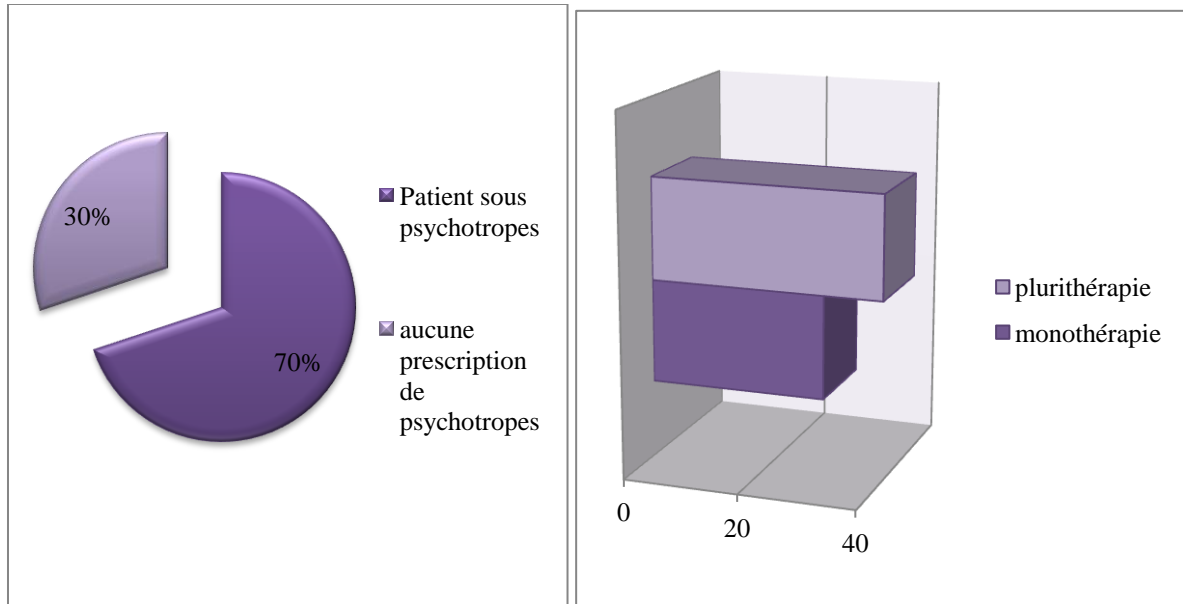
Nous retrouvons un ou une psychologue dans 94 % des EHPAD de l'échantillon. 36% d'entre eux ont suivi une formation en gérontopsychiatrie. On relève 0,6 ETP de psychologue par structure.

#### **2.6 Formation des médecins coordonnateurs en gérontopsychiatrie**

14 % des médecins coordonnateurs (cinq médecins) ont suivi une formation en gérontopsychiatrie, deux ont validé un Diplôme Universitaire de psychiatrie de la personne âgée, les trois autres ont participé à des séminaires ou ont exercé en psychiatrie.

## 2.7 Consommation de psychotropes

70 % des résidents sont sous psychotropes, toutes classes thérapeutiques confondues. 40 % d'entre eux reçoivent une plurithérapie, 30% une monothérapie. (figure 3)

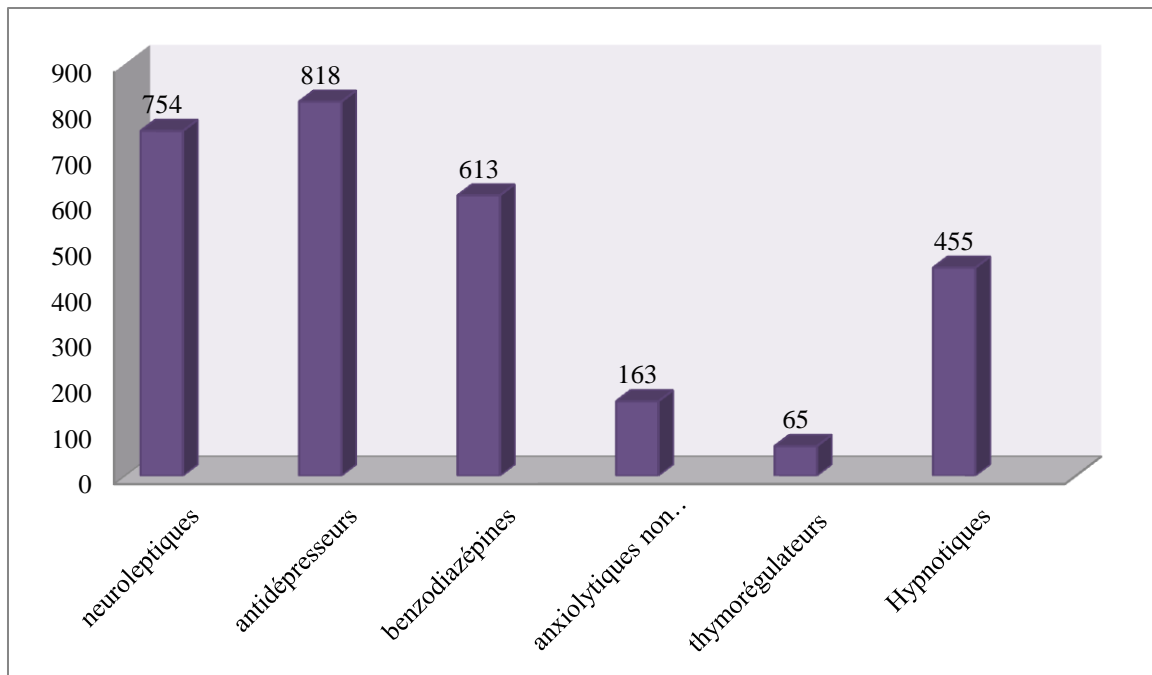


**Figure 3 : répartition des patients sous psychotropes**

## 2.8 Classes thérapeutiques prescrites

Les psychotropes les plus prescrits sont les antidépresseurs (818 prescriptions) suivis par les neuroleptiques (754 prescriptions) puis les benzodiazépines (613 prescriptions) et enfin les hypnotiques (455 prescriptions). Les anxiolytiques non benzodiazépiniques (163 prescriptions), les thymorégulateurs (65 prescriptions) sont moins souvent prescrits. (figure 4).





**Figure 4 : répartition des prescriptions de psychotropes**

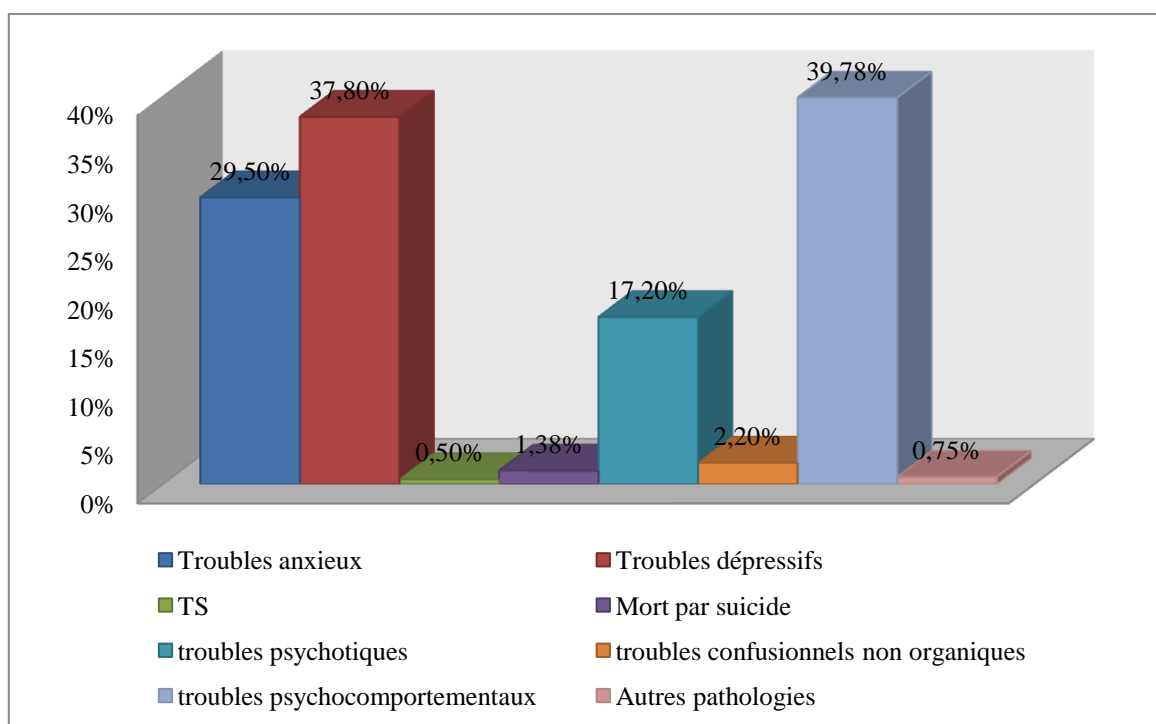
### **3- Etat des lieux des troubles psychiatriques et leur prise en charge au cours de l'année 2010**

#### **3.1 Données préliminaires**

8,3 % des résidents sont déjà connus du secteur psychiatrique . 56% des résidents sont atteints d' une démence ou de troubles apparentés.

#### **3.2 Pathologies psychiatriques des résidents**

Les affections neuropsychiatriques rencontrées le plus souvent sont les troubles psychocomportementaux en lien avec une démence ou syndrome apparenté (39,8%) , suivies par les troubles dépressifs (37,8% ) et les troubles anxieux (29,5% ). On note peu de tentative de suicide (0,5 %) et de mort par suicide (1,38%). Les troubles psychotiques (classés psychoses, délires, hallucinations) concernent 17,2% des résidents et les troubles confusionnels 2,2% des résidents. Les addictions sont retrouvées dans une proportion très faible (0,75%). (figure 5)



**Figure 5 : répartition des troubles psychiatriques**

### **3.3 Prise en charge gérontopsychiatrique au cours de l'année 2010**

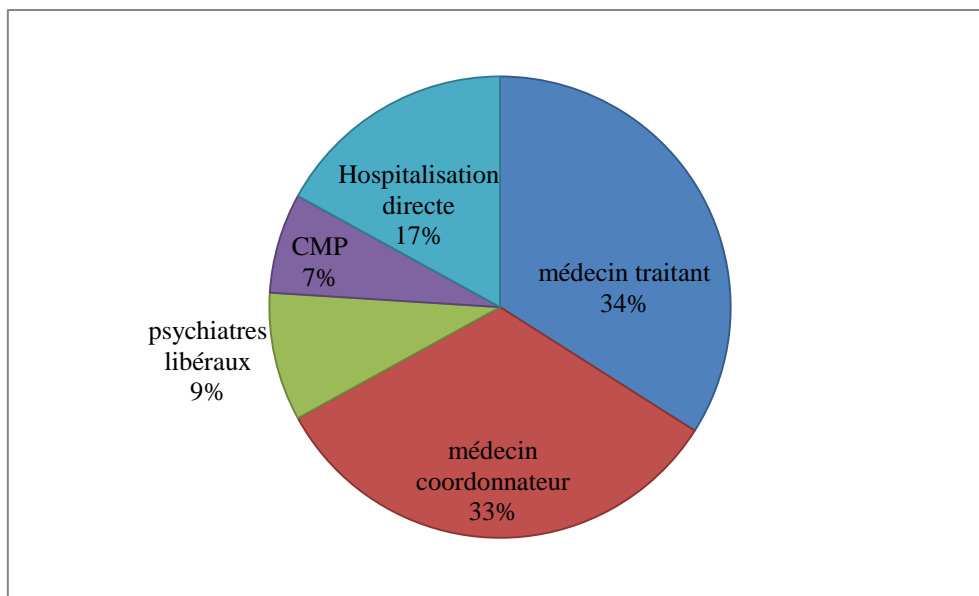
Seulement 28 médecins sur 36 ont répondu aux questions de prise de charge.

#### **3.3.1 Nombre de prise en charge**

En moyenne, on retrouve 33 prises en charge gérontopsychiatriques sur une année. En rapportant au nombre de résidents, cela équivaut à environ un tiers des résidents qui en bénéficierait.

#### **3.3.2 Répartition des prises en charge**

La prise en charge des résidents présentant des troubles psychiatriques est faite principalement par les médecins traitants (34%) et par les médecins coordonnateurs (33%). Les psychiatres libéraux et les CMP assurent cette prise en charge respectivement dans 9,1% et 7% des cas. Une hospitalisation directe a lieu dans 16,5% des situations (figure 6).

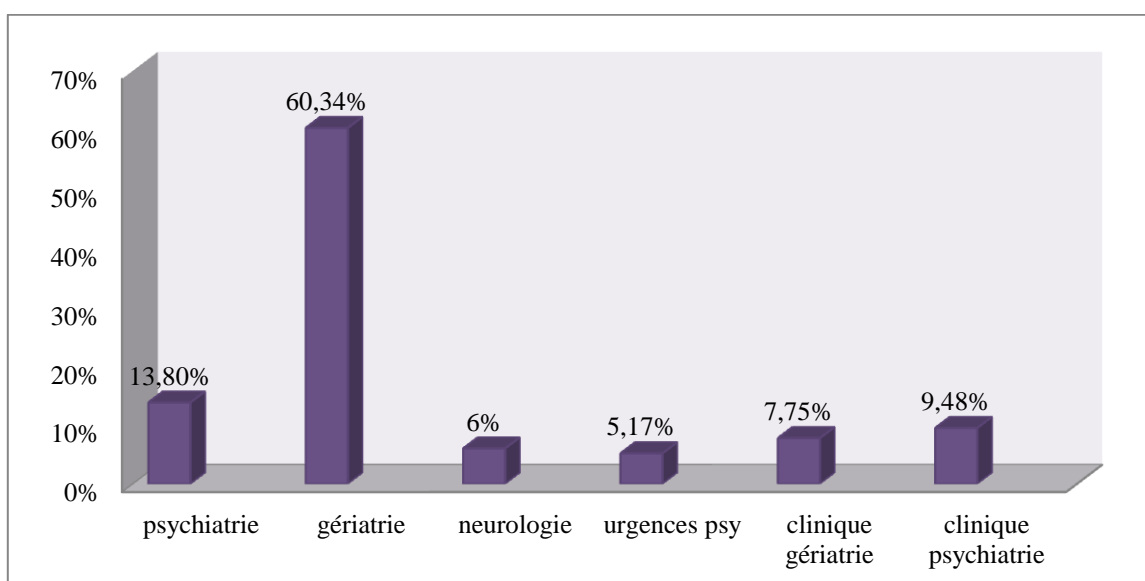


**Figure 6 : répartition des prises en charge**

### 3.3.3 Nombre d'hospitalisation

En moyenne, 4 hospitalisations sont retrouvées sur une année.

Les hospitalisations se font essentiellement dans les services de gériatrie au CHU ou autre CH (60,34%), puis dans les services de psychiatrie (13,8%). Les cliniques sont sollicitées à la hauteur de 9,48% en psychiatrie et de 7,75% en gériatrie. Le reste des hospitalisations a lieu dans les services de neurologie (6 %) puis les urgences psychiatriques (5,17%) (figure 7).



**Figure 7 : répartition des hospitalisations**

### 3.3.4 Indication de l'hospitalisation

Les médecins coordonnateurs ont recours le plus souvent à une hospitalisation lorsque les symptômes sont incompatibles avec une prise en charge dans l'établissement (14 citations). Les motifs suivants sont ensuite avancés : rééquilibrer le traitement (10 citations), prendre un avis psychiatrique sur un problème complexe (9 citations) et pour une recherche diagnostique (3 citations). Deux médecins ont rajouté après tentative de suicide (TS) et pour un séjour de rupture. (tableau 1)

**Tableau 1 : Indication à l'hospitalisation**

	Nombre de citations	Fréquence
Intensité des symptômes incompatibles avec une PEC dans l'établissement	14	35%
Equilibre du traitement	10	25%
Avis psychiatrique sur un problème complexe	9	22,5%
Recherche diagnostique	3	7,5%
Après TS	2	5%
Séjour de rupture	2	5%
Total réponses	40	100%

### 3.3.5 Difficultés rencontrées

- En amont de la prise en charge

A ce sujet, 22 médecins sur 36 ont laissé des commentaires.

Les médecins coordonnateurs soulignent la « *difficulté à faire hospitaliser les personnes âgées* » (six citations) ou « *trouver un interlocuteur* » (six citations) ce qu' illustre bien la phrase d'un médecin coordonnateur « *l'organisation d'une hospitalisation est longue et compliquée, ce n'est jamais le bon service, ni seulement psychiatrique, ni seulement gériatrique, et est réalisée par le médecin coordonnateur faute de temps des médecins référents (traitants et psychiatres)* ».

Le « *manque de place* » est cité à cinq reprises et les « *délais d'attente trop longs* » à quatre reprises. « *Etablir un lien avec la psychiatrie* » est mentionné trois fois et une « *réflexion sur la pertinence de la prise en charge* » deux fois . Enfin, deux médecins évoquent la « *difficulté dans l'organisation* » et le « *manque de communication* » (tableau 2).

**Tableau 2 : difficultés en amont de la prise en charge**

	Nombre de citations	Fréquence
Difficulté pour hospitalisation	6	20%
Trouver un interlocuteur	6	20%
Manque de place	5	16,6%
Délais d'attente trop longs	4	13,3%
Lien difficile	3	10%
Pertinence de la PEC	2	6,6%
Manque de temps pour écouter les soignants et soutien des équipes	2	6,6%
Difficulté dans organisation	1	3,33%
Manque de communication	1	3,33%
Total	30	100%

- En aval de la prise en charge

A ce sujet, 18 médecins sur 36 ont laissé un commentaire.

Les difficultés les plus fréquentes qui ont été rapportés sont, par ordre de fréquence : la « *lourdeur des traitements* » et la « *difficulté de l'adaptation thérapeutique* » (6 citations), le « *problème du suivi et de la continuité des soins* » (5 citations). « *L'absence de retour après prise en charge* » (3 citations) est également citée avec la « *difficulté du retour en établissement* » (2 citations). Le reste des difficultés est résumée dans le tableau ci-dessous.

(tableau 3)

**Tableau 3 : Difficultés en aval de la prise en charge**

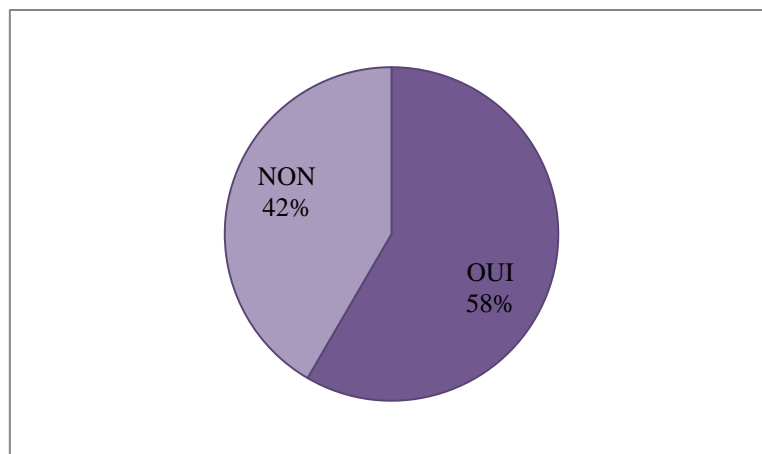
	Nombre de citations	Fréquence
Adaptation thérapeutique lourdeur des traitements	6	28,5%
Problème de suivi/continuité des soins	5	23,8%
Absence de retour	3	16,6%
Difficulté du retour en établissement	2	14,2%
Objectif de soin différent	1	4,8%
Garder l'interlocuteur	1	4,8%
Manque de soutien	1	4,8%
Manque de coordination	1	4,8%
Relai CMP/Hopital	1	4,8%
Total	21	100

A noter une remarque positive exemple d'une collaboration réussie : « *des réunions de synthèse sont le plus souvent organisées avec les équipes du CHAI qui ont pris en charge les résidents avant leur retour dans notre structure et des liens entre équipes sont établis pour assurer un suivi de qualité. Il existe une bonne écoute de la part du pavillon psychiatrique avec lequel nous travaillons le plus souvent et une bonne connaissance les uns les autres ce qui est essentiel* ».

#### **4- Identification des attentes vis-à-vis de la psychiatrie publique / collaboration avec une future équipe mobile**

##### **4.1 Interventions des CMP au sein des EHPAD**

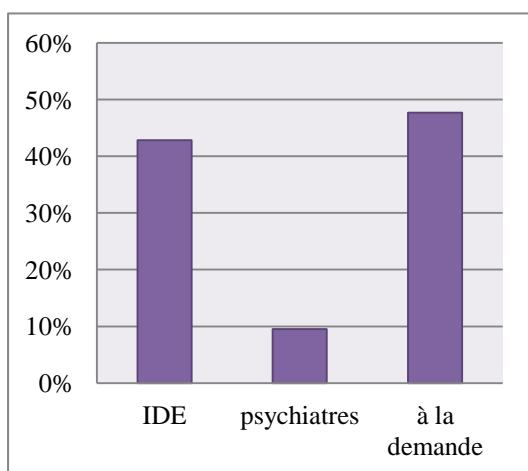
58% des EHPAD de notre échantillon bénéficient d'interventions de CMP et une convention est signée dans 42% des cas (figure 8).



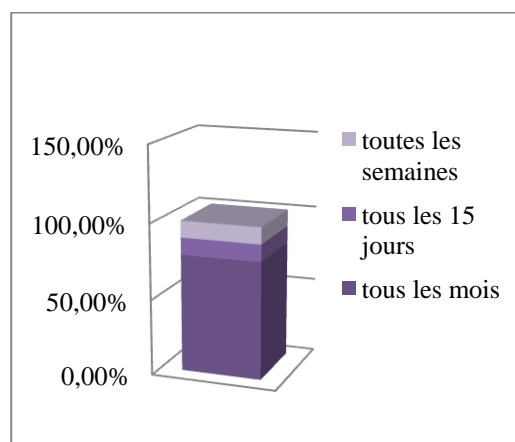
**Figure 8 : Interventions des CMP**

#### 4.2 Modalités d'intervention

Les interventions programmées des CMP se divisent en visite d' Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) d'une part (42,8 des interventions), le plus souvent une fois par mois (77,7%) et d'autre part en visite de psychiatres (9,7% des cas). 48% des interventions ont lieu « à la demande » (figure 9 et 10).



**Figure 9 : répartition des interventions**



**Figure 10 : visite des IDE**

#### 4.3 Souhait de renforcement de l'implication des CMP

La plupart des médecins coordonnateurs (80,5 %) souhaiterait un renforcement de l'implication des CMP. 19,5 % des médecins n'y sont pas favorables.

Le questionnaire proposait ensuite une série d'éventuelles attentes vis-à-vis de l'action des CMP dans les EHPAD, il était demandé de coter le degré d'utilité pour chaque proposition.

Les médecins coordonnateurs sont surtout demandeurs d'une aide pour le diagnostic et la thérapeutique. La formation des soignants et la participation aux réunions de synthèse font également partie de leurs attentes. La visite régulière d'une IDE et le relai avec l'hospitalisation leur semblent moins utiles tandis qu'une aide pour le soutien des familles ne paraît pas une priorité (tableau 4).

**Tableau 4 : Attentes vis-à-vis des CMP**

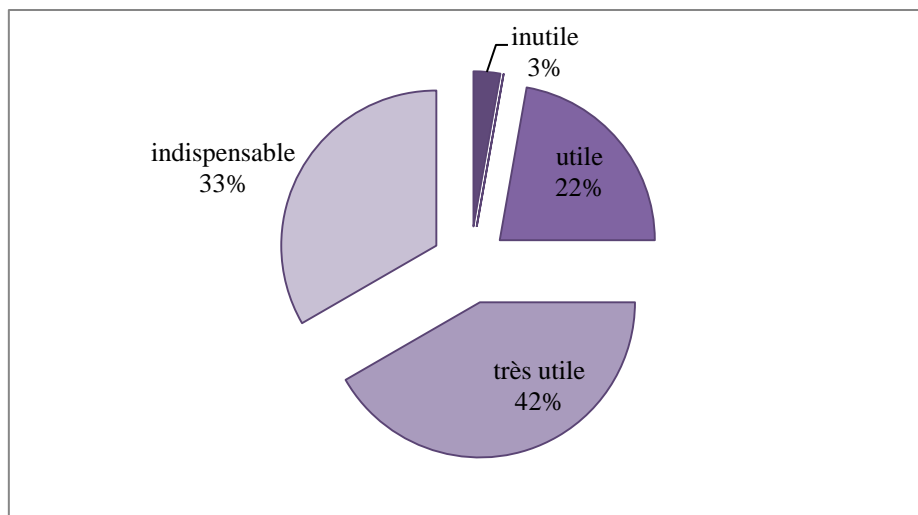
	Médiane	Etendue	Moyenne	Ecart type
Aide au diagnostic	2	1-6	2,58	1,57
Avis thérapeutique	2	1-6	2,24	1,43
Formation des soignants	3	1-6	3,1	1,57
Réunion de synthèse autour du résident	3	1-6	3,2	1,71
Visite régulière d'IDE	3	1-6	3,34	1,86
Relai avec hospitalisation	3	1-6	3,34	1,95
Soutien des familles	5	1-6	4,55	1,7

#### **4.4 Information sur le projet d'une équipe mobile de psychiatrie du Voironnais**

66,6% des médecins de l'enquête sont informés du projet de création de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée du Voironnais.

Elle paraît indispensable pour 33% des médecins coordonnateurs, très utile pour 42% d'entre eux et utile pour 22%. Aucun médecin coordonnateur n'a retenu la proposition peu utile. Enfin 3 % d'entre eux la jugent inutile (figure 10).

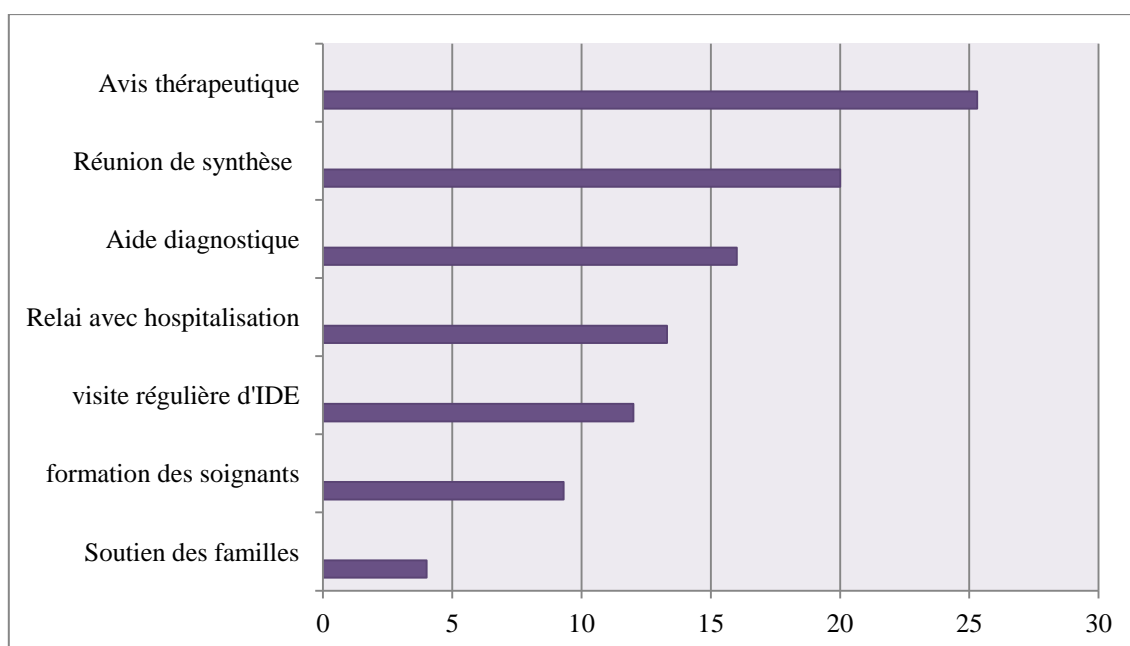




**Figure 10 : utilité d'une équipe mobile**

#### **4.5 Apports supposés de cette équipe mobile par rapport aux interventions des CMP**

Les attentes décrites précédemment à l'égard des CMP pourraient, d'après les médecins coordonnateurs, tout à fait être remplies par l'équipe mobile. La première attente est celle d'une aide pour la thérapeutique (25,3%). Celles qui sont citées juste après sont la participation aux réunions de synthèse autour du résident (20%) et une aide pour le diagnostic (20%). Puis par ordre décroissant : le relai avec l'hospitalisation (13%), la visite régulière d'IDE (12%), la formation des soignants (9,3%) et le soutien des familles (4%) (figure 11).



**Figure 11 : attentes vis-à-vis de l'équipe mobile**

#### 4.6 Autres attentes vis-à-vis de l'équipe mobile

Pour les médecins coordonnateurs, cette équipe mobile pourrait également avoir toute son importance lors des « situations urgentes » (37,5% des réponses). Le « soutien aux équipes », « l'organisation du suivi » et « la possibilité de débloquer une situation difficile » sont également cités (16,6%).

La « facilitation des hospitalisations » (8,33%) et « l'apport de conseils et de personnes ressources » (3,5%) pourraient constituer un autre rôle de cette équipe mobile (figure 12).

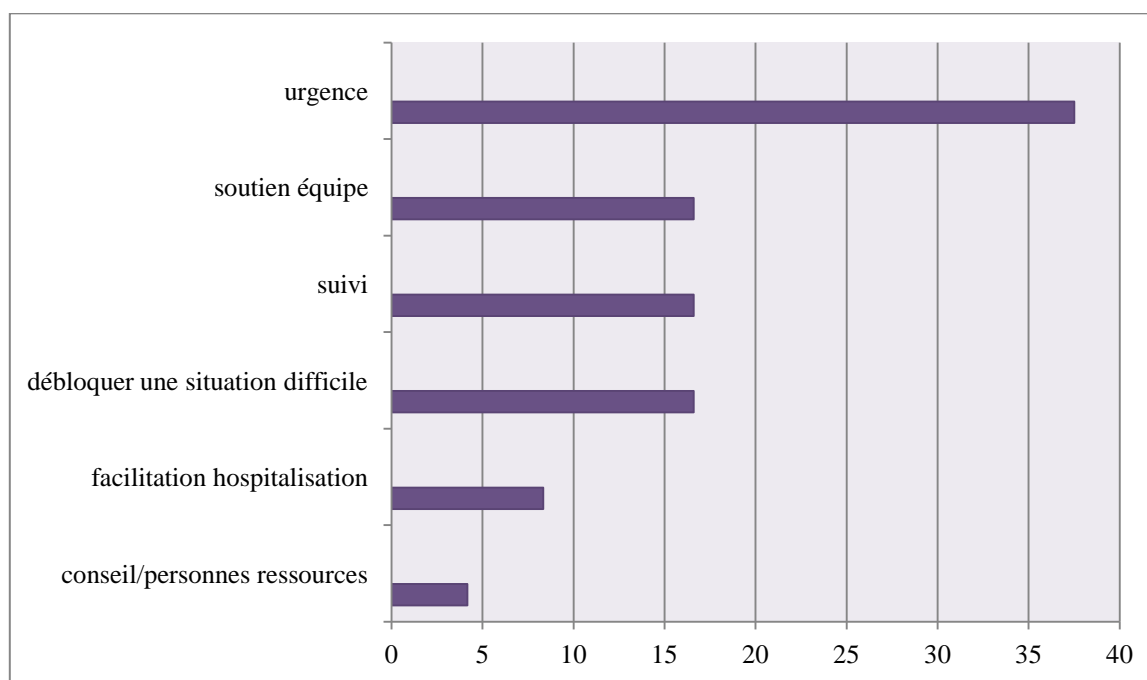


Figure 12 : autres attentes

#### 4.7 Avis concernant l'articulation CMP/équipe mobile

Seulement 13 médecins ont répondu à cette question, un médecin expliquait « J'ai du mal à répondre à cette question car je ne connais pas les objectifs dévolus à une équipe mobile de psychiatrie et ses mission »

Des pistes de réflexion difficilement dissociables apparaissent :

« Etablir un projet de soin entre les équipes d'EHPAD et le CMP : qui fait quoi ? réunion de synthèse et réunion de coordination » ;

« Vraie collaboration entre les deux pour une prise en charge psychiatrique inexistante pour le moment » ;

« Forme de spécialisation que les CMP n'ont pas (la priorité des CMP n'est pas la personne âgée en général) » ;

« Intérêt pour la gestion de situations aiguës » ;

« Situation urgente pour avis diagnostique et thérapeutique puis relai par CMP de secteur pour la prise en charge des pathologies chroniques » ;

« Vient voir le résident à l'appel du médecin traitant ou du médecin coordonnateur puis écrit une synthèse puis propositions à l'ensemble des acteurs concernés » ;

« Interface entre l'EHPAD et le CMP pour faciliter la prise de rendez vous et les contacts, »

« L'équipe mobile facilite les prises en charge et pose les indications » ;

« L'équipe mobile améliore la communication entre médecin du CMP et médecin coordonnateur et la coordination entre IDE du CMP et IDE de la structure » ;

« Les psychiatres de secteur étant moins familiers avec la gérontopsychiatrie donc partage de savoirs avec l'équipe mobile » ;

« Les CMP pour les personnes stabilisées tirant bénéfice d'un suivi régulier , l'équipe mobile diminuera l'hospitalisation et aidera pour débloquer une situation difficile » ;

« Nous avons besoin de conseils, d'un soutien compétent de réunions de synthèse autour des résidents difficiles et d'une intervention en cas de crise où il est impossible d'adresser le résident au CMP car l'on n'est pas dans le cadre d'un suivi structuré »

## 4.8 Remarques personnelles

21 médecins ont laissé un commentaire soit 58,3%. On peut séparer ces remarques en trois catégories : commentaires sur la psychiatrie (négative et positive), bénéfices attendus de l'équipe mobile, et remarques diverses.

### 4.8.1 Commentaires sur la psychiatrie

- Manque de personnel en psychiatrie : *« la psychiatrie est sinistrée il ne faut pas rêver » « manque de psychiatre dans le CMP » « manque de personnel pour tout ce qui est de la psychiatrie » « Le passage de l'IDE est insuffisant pour une bonne prise en charge c'est pourquoi nous acceptons avec beaucoup de réticence les nouveaux patients psychiatriques et 7 patients issus de la psychiatrie sont en attente » ;*

- Manque de contact avec les CMP *« on n'a pas de relation avec le CMP de secteur », pas de psychiatre au sein de l'établissement » « isolement de l'EHPAD pour tout ce qui est de la psychiatrie (diagnostic, traitement, prise en charge, formation) » ;*

- Manque de lien : *« il n'existe aucun lien avec les médecins généralistes si ce n'est les notes de visite dont ils peuvent prendre connaissance et le lien avec les équipes est effectué par la psychologue qui assiste aux visites du psychiatre (passage de 1 à 2 h d'un psychiatre libéral) temps insuffisant pour nos deux EHPAD et inadapté pour le personnel soignant par rapport aux horaires de passage » ;*

- Manque de formation des psychiatres pour la personne âgée *« les psychiatres libéraux ne sont pas formés à la prise en charge de la personne âgée et démente », « un travail commun avec un CMP formé à la gériatrie » ;*

*Les CMP ne veulent pas prendre en charge les personnes âgées et transfèrent à la gériatrie ;*

*« la différence de regard est très forte et une forme de désaccord s'observe » ;*

*« l'avis psychiatrique est actuellement peu demandé car il se borne souvent à une prescription et peu de retour du psychiatre, le courrier fait par le médecin de la structure devrait entraîner systématiquement une réponse spontanée. » ;*

*« C'est le parcours du combattant pour faire hospitaliser les personnes âgées » ;*

-Difficultés thérapeutiques « *Iatrogénie énorme avec troubles cognitifs secondaires* »

-Remarque positive : « *bon suivi de patient par le Vinatier (convention) et patients déments en court séjour gériatrique* » « *Bonne relation avec le pavillon* »

#### **4.8.2 Bénéfices attendus de cette équipe mobile**

- Importance de rencontrer les patients dans leur cadre de vie (citée à plusieurs reprises) « *importance de venir sur les lieux et rencontrer les soignants et le patient dans son cadre de vie , ce sont les soignants qui connaissent le mieux la personne* »

- Réduire la souffrance des équipes : *Nous avons besoin d'une aide pour les situations difficiles à gérer dans nos services de gérontopsychiatrie , nous vivons beaucoup de violence et d'agressivité, de risques suicidaires avérés ou non dans cette collectivité réunissant de grands services* » « *cela évitera de laisser trainer les choses en longueur jusqu'à épuisement du personnel et des familles. « d'une grande aide avec un travail incluant les équipes et étayer l'intervention des médecins traitants et psychologues* »

« *on demande cette équipe depuis longtemps !* »

« *le traitement sera mieux adapté car souvent trop lourd et pas adapté à la personne âgée et entraînant une perte d'autonomie* »

-Importance d'un avis extérieur (citée à plusieurs reprises) « *très intéressant d'avoir un avis extérieur mieux entendu par l'équipe soignante* »

#### **4.8.3 Remarques diverses**

« *A voir ... pour la réactivité de cette équipe* » cité à deux reprises, « *à adapter en fonction du personnel soignant sur place et des heures (les troubles commencent à la tombée de la nuit plus souvent)* »

« *Que cela ne se résume pas à une prescription de psychotropes et que l'équipe tienne vraiment compte du patient dans son cadre de vie* »

« *Souhait d'une collaboration importante entre le médecin coordonnateur et l'équipe de liaison* »

« *Le modèle pathos ne reflète pas la réalité des pathologies* »

# DISCUSSION

## 1- Synthèse de l'enquête

### 1.1 Généralités

#### 1.1.1 Caractéristiques des résidents

Les résidents des EHPAD de notre échantillon sont très dépendants, quasiment tous sous psychotropes, et âgés comme le montre également l'étude ANESM 2009 où l'âge moyen d'entrée en établissement est de 85 ans pour un échantillon de 4971 établissements [6]. Le sexe des résidents n'était pas demandé dans notre enquête, à savoir que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie donne une proportion de 22% d'hommes et 78% de femmes pour les EHPAD de l'Isère. Au regard des données épidémiologiques (en 2020, les effectifs des 85 ans et plus devraient doubler) [7], les EHPAD devront prendre en charge des résidents de plus en plus âgés, avec un profil se rapprochant voir identique à celui d'une Unité de Soins de Longue Durée [8]. Cependant, par rapport à ces dernières, les moyens sont moindres pour le moment, entraînant une charge de travail importante pour les équipes soignantes. Par exemple, la plupart des EHPAD fonctionnent la nuit sous la seule responsabilité des aides soignantes, avec un possible sentiment d'insécurité médicale face aux résidents polypathologiques pouvant conduire à un recours fréquent, et pas toujours justifié, aux services d'urgence médicale.

De plus, ce degré élevé de dépendance témoigne de la difficulté voire de l'incapacité de certains résidents à se déplacer pour se rendre aux consultations psychiatriques. Une équipe mobile épargnera des déplacements intempestifs en venant rencontrer la personne dans son environnement humain et matériel habituel.

#### 1.1.2 Prescription de psychotropes

La proportion de résidents sous psychotropes est très importante (70%). Ce résultat n'est pas surprenant puisqu'il est admis qu'en France, la consommation de psychotropes est excessive (notre pays serait un des premiers pays consommateurs au monde) et tend à se banaliser surtout chez la personne âgée, qui plus est, est dépendante. Au delà de 70 ans, une personne sur deux consommerait de façon prolongée des anxiolytiques ou des hypnotiques [9,10].

Le nombre moyen de médicaments d'une personne âgée est de 6,4 médicaments par jour [3] principalement des médicaments à visée cardiologique et des psychotropes. Les recommandations HAS en 2007 (une démarche qualité ayant été mise en place par l'HAS pour améliorer les pratiques) soulignaient une prescription insuffisante d'antidépresseurs chez le sujet âgé réellement déprimé et une surconsommation de benzodiazépines [9]. Ainsi, à la lumière de nos résultats, des efforts ont peut être été faits dans ce sens, puisqu'il ressort de notre enquête que les psychotropes les plus prescrits sont les antidépresseurs suivis par les neuroleptiques puis les benzodiazépines.

Face à cette forte prescription de psychotropes, la question de l'indication des traitements peut se poser, sachant que les médecins coordonnateurs sont très demandeurs d'aide pour la thérapeutique et le diagnostic. Le plus souvent, les conditions de prescription de psychotropes demeurent encore empiriques en raison de l'hétérogénéité des situations rencontrées et du manque d'études contrôlées, les données étant extrapolées d'études concernant les sujets de moins de 65 ans. De plus, cette surprescription constitue une des premières causes de iatrogénie. Les facteurs pharmacologiques et pharmacodynamiques liés à l'âge influent également sur ce risque, de même que la polyprescription, le vieillissement cérébral normal ou pathologique, les troubles métaboliques ou encore le sevrage [11]. Par exemple, dans une étude menée sur 296 patients en EHPAD, sur un total de 546 effets secondaires relevés, la majorité était due aux antipsychotiques (23%), suivis des antibiotiques (20%), et à part égale les antidépresseurs et sédatifs hypnotiques (13%). La moitié des effets indésirables recensés sont évitables [12].

Dans ce sens, la majorité des directives existantes souligne l'importance des actions non pharmacologiques, particulièrement dans les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD) où les neuroleptiques sont encore trop souvent prescrits, malgré une efficacité limitée. Ainsi, la HAS a développé un programme Alerte et Maîtrise de la Iatrogénie des neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer [13]. En effet, des études récentes montrent que ces traitements sont à l'origine d'effets indésirables fréquents et ou très sévères : sédation, troubles de la marche avec risque de chute (+8%) survenue d'AVC (+1,8%) et décès (+1%) renforçant l'intérêt de maîtriser leurs prescriptions [14,15,16,17]. Des techniques de soins appropriées et la formation des familles et aidants permettent de réduire la fréquence et l'intensité des symptômes.[17,18] Une formation d'une durée de 8 heures auprès des aidants et soignants en maison de retraite aux techniques de soins non médicamenteuses (TNM) réduit de 60% la fréquence des troubles du comportement [19].

Ces TNM ou cette culture du « prendre soin » centrée sur la personne demandent certes du personnel, mais aussi du temps et sont plus faciles à appliquer dans des EHPAD dotées d'une unité fermée [20]. Cependant, plus de la moitié des EHPAD dans notre échantillon n'en sont pas pourvues, et les résidents atteints de syndrome démentiel cohabitent avec des résidents non atteints, pouvant conduire à des situations potentiellement troublantes pour les non déments [21]. La mesure 16 du plan Alzheimer prévoit de généraliser la création d'unités spécifiques, en distinguant deux types d'unités selon le niveau de sévérité et le type de SCPD : les Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) et les Unités d'Hospitalisation renforcée (UHR) [22,23]. Les UHR doivent accueillir 12 à 14 personnes, dans notre enquête les unités fermées ont en moyenne 15 lits. A noter trois établissements qui accueillent 20 résidents dans leur unité fermée. Cependant, les EHPAD ne sont pas prêts à se substituer aux établissements hospitaliers spécialisés pour assumer les SCPD sévères [24].

### **1.1.3 Formation en gériopsychiatrie**

Les EHPAD sont tout de même bien pourvus en psychologue, mais leur temps de travail n'est pas réglementé suivant le nombre de résidents. Les psychologues sont mieux formés en gériopsychiatrie que les médecins coordonnateurs, ce manque de formation étant perceptible tout au long des réponses au questionnaire. Pour information, les médecins coordonnateurs sont majoritairement des femmes entre 45 et 54 ans, salariées exerçant leur activité depuis moins de cinq ans et ayant une capacité de gériatrie, comme le révèle l'enquête réalisée à la même période [8].

## **2. Les troubles psychiatriques et leur prise en charge : synthèse des principales difficultés**

La proportion de patients déments dans notre échantillon est conforme aux coupes PATHOS faites pour le renouvellement de la convention tripartite entre 2007 et 2009, qui montre une fréquence moyenne de démence diagnostiquée de 51,86% [25]. Cependant, on peut se demander si le diagnostic de démence est toujours posé quand, dans la population générale, seule une démence sur deux est diagnostiquée tous stades confondus (données de l'étude Paquid) tout comme c'est le cas dans d'autres pays européens [26].



La proportion de patients connus du secteur psychiatrique n'est pas très importante, ce que peut illustrer la réflexion d'un médecin coordonnateur qui n'est pas enclin à accueillir des personnes issues de la psychiatrie. Dans ce contexte, la question du devenir des patients psychotiques vieillissants a toute sa place. Ces derniers cumulent les représentations sociales négatives, les préjugés et le rejet lié à la folie avec un possible effet de discrimination sur le lieu de vie qu'est un EHPAD [27,28]. Pourtant, pour accueillir ces patients risquant de décompenser à l'entrée en institution et assurer un suivi psychiatrique régulier, les EHPAD devraient pouvoir s'appuyer sur le travail de secteur, dont une des missions vise à la continuité des soins. Face à ce constat, la mise en place d'une équipe mobile de psychiatrie paraît cohérente.

Le nombre de résidents souffrant de troubles psychiatriques apparaît conséquent bien qu'il soit difficile de les définir et évaluer correctement. Nos résultats sont quasi similaires aux résultats d'une enquête de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des statistiques, portant sur les pathologies des personnes âgées vivant en établissement [3]. Les troubles les plus fréquents sont les troubles psychocomportementaux en lien avec une démence de type Alzheimer ou syndrome apparenté. La réflexion de la place de la psychiatrie dans la prise en charge des démences n'est pas l'objet de notre enquête [29] mais au vu de cette proportion, l'équipe mobile aura sans nul doute à répondre à une demande liée à ces troubles. En effet, les démences sont des maladies à « expression » psychiatrique avec des symptômes appartenant à la sémiologie des affections mentales, et en plus de ces troubles démentiels peuvent être intriqués des troubles psychiatriques et des pathologies somatiques [30]. Sur ce dernier point, nous aurions pu rechercher la fréquence des troubles psychiatriques révélant au final une pathologie somatique, situation courante chez les personnes âgées. Les troubles dépressifs et anxieux concernent également une grande partie des résidents. Il aurait pu être intéressant également de rechercher l'apparition de troubles ou la modification de troubles préexistants lors de l'entrée en établissement puisqu'il est admis que l'institution majore les troubles anxieux et dépressifs [31,32].

L'évaluation des prises en charge de ces troubles, bien que comportant des biais, révèle le rôle central des médecins traitants, comme le définit la société européenne de médecine générale-médecine de famille. Le médecin traitant utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités [33].

Tout ceci dans un contexte où généralement, ils ont une bonne connaissance du système familial et une alliance positive avec la personne et son entourage depuis des années. Leur rôle est donc incomparable pour le devenir des personnes et comme acteur de santé publique en psychiatrie. Des enquêtes révèlent que 30% des consultations et des visites des médecins généralistes sont consacrées à des troubles psychiatriques [34]. Les médecins coordonnateurs sont également beaucoup sollicités, se retrouvant souvent à gérer seuls les situations urgentes. L'étude récente réalisée au même moment dans les EHPAD soulignait l'insatisfaction des médecins coordonnateurs vis-à-vis de la coordination avec la médecine libérale [8]. Le recours à une hospitalisation vient ensuite, avant la prise en charge des CMP et psychiatres. Ce résultat peut vraisemblablement s'expliquer par les difficultés citées par les médecins coordonnateurs en amont de la prise en charge, pointant les difficultés de collaboration. Sachant les hospitalisations parfois dommageables pour les personnes âgées, un des buts de l'équipe mobile sera d'agir plus précocement afin d'éviter les situations de crise. Les médecins coordonnateurs soulignent également les difficultés dans l'organisation des soins (manque de place, difficulté pour réaliser une hospitalisation). A noter que les hospitalisations sont rarement à but diagnostique, pourtant cette demande est fortement exprimée dans les attentes vis-à-vis de l'équipe mobile.

Les hospitalisations se font principalement dans le service de gériatrie puis en psychiatrie. De toute évidence, le développement de la filière gérontopsychiatrique devra passer par une réflexion sur la structure en aval et si l'hôpital psychiatrique n'a pas priorisé la création d'une unité d'hospitalisation, il faudra que l'équipe mobile travaille en partenariat avec les services de gériatrie ou alors envisage une création de lits à l'hôpital psychiatrique. Les urgences psychiatriques viennent en dernière position, ce résultat est plutôt positif car ces services d'urgence ne sont pas appropriés du fait de la fragilité et de la vulnérabilité des personnes âgées.

Les problèmes soulevés par les médecins coordonnateurs en aval de la prise en charge posent la question du mésusage des psychotropes et celle des alternatives à la prescription. Même s'il ne faut pas négliger les bénéfices des traitements dans certaines situations, la résolution médicamenteuse des troubles ne paraît pas satisfaisante pour les médecins coordonnateurs surtout sans réévaluation. En effet, le suivi et la continuité des soins ne semble pas assurée, d'où l'intérêt de l'équipe mobile.

Au final, l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes âgées en institution paraît difficile. L'organisation de la filière de soins avec un travail interdisciplinaire entre la psychiatrie, la gériatrie et la neurologie, en se basant sur les moyens mis à disposition, semble indispensable [35].

### **3. Les attentes vis-à-vis de la psychiatrie/concordance avec l'équipe mobile**

Un peu plus de la moitié des EHPAD bénéficie d'interventions ponctuelles des CMP au sein de leur établissement, la plupart du temps sans convention. Pourtant, dans les missions traditionnelles du secteur, figurait dès la circulaire fondatrice de 1960 une incitation forte à faire de la liaison avec les institutions médicosociales dont les maisons de retraite [27]. Actuellement, le travail de liaison n'apparaît plus qu'amorcé (se résumant le plus souvent à un passage d'IDE une fois par mois) et insuffisant pour répondre aux besoins, puisque la majorité des médecins souhaitent un renforcement de l'implication des CMP.

Du côté des CMP, en s'appuyant sur l'enquête réalisée parallèlement à notre travail (bien que le bassin de population soit un peu différent), la description de leurs implications auprès des EHPAD retrouve une prépondérance des visites des IDE et des interventions pour des formations ou des réunions très faible. Malgré leur volonté manifeste de renforcer leur action (73% des CMP de l'enquête) et bien conscient (77% des CMP) du besoin actuel, le principal frein à cette augmentation de leur implication repose sur la manque de moyens pour 80% d'entre eux. La moitié des CMP sont également demandeurs de formation. Ils semblent concernés dans l'engagement futur auprès des personnes âgées puisque 83% d'entre eux pense désigner un référent ou deux pour les problématiques du sujet âgé, préférentiellement sous la forme d'un binôme médecin/infirmier [36].

Face aux nombreuses attentes des médecins coordonnateurs et en sachant que les CMP pourront difficilement y répondre, l'intervention d'une équipe mobile paraît idéale pour la majorité des médecins coordonnateurs. Cette dernière pourrait développer une activité sur le modèle théorique de la psychiatrie de consultation/liaison[37,38]. En effet, il a été démontré qu'une intervention précoce et structurée de la psychiatrie de liaison dans les institutions d'hébergement est un facteur d'amélioration de la qualité des soins (pour la personne vieillissante comme pour l'équipe soignante) [39].

Idéalement, les résultats attendus de l'activité d'une équipe mobile seraient une facilitation de l'accès aux soins, une aide au diagnostic après évaluation, une aide à la décision médicale (projet de soin, thérapeutique médicamenteuse), le soutien et formation des équipes de soins et des institutions et l'amélioration du suivi. Elle viendrait compléter les compétences pluriprofessionnelles au sein de l'institution dans le but d'anticiper et désamorcer les crises [40] Elle se devra d'être souple et réactive car l'intervention en urgence semble une priorité pour les médecins coordonnateurs. A noter qu'une aide pour le soutien aux familles n'apparaît pas utile alors que ces dernières sont souvent très demandeuses et font partie, avec l'environnement, de l'appréhension du sujet dans sa globalité.

Cette équipe n'envisage en aucune façon de se substituer aux CMP, et après avoir clarifié les missions de chacun, elle pourra jouer le rôle d'interface entre les deux structures. En effet, des difficultés de communication et de relation semble exister avec la psychiatrie, une partie de ces critiques pouvant être certes imputables au manque de moyens. Cependant, d'autres enquêtes vont dans ce sens : ainsi, seulement 40 % des médecins généralistes se déclarent satisfaits de la qualité de leur coopération avec les secteurs de psychiatrie [34]. Cela semble encore plus vrai du côté des personnes âgées, mais peut être que cette réflexion s'intègre dans une réflexion beaucoup plus large sur la considération faite à ces personnes en médecine et dans la société en général.

Au final, tout au long de cette enquête, il ressort un important besoin de formation, que ce soit au niveau des médecins coordonnateurs que de la psychiatrie. Il est vrai que la psychiatrie de la personne âgée est une discipline complexe, comme le décrit JP Clément, à l'image de la pathologie mentale intriquée au vieillissement psychique et à la polyopathie somatique des individus dont elle a la charge. Sa pratique devra conjuguer avec les compétences de la psychiatrie et de la gériatrie [41]. Les collègues gériatres ont pour leur part largement développé les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) depuis 1990 avec actuellement une trentaine intervenant en extra hospitalier [42,43]. Cependant, les principaux motifs d'appel des EMG sont généralement les troubles neuropsychiatriques : par exemple, à Annecy, où une EMG, composée de 0,5 ETP de gériatre, psycho gériatre, IDE, ergothérapeute, psychologue, secrétaire et assistante sociale, est effective depuis 2009 auprès des EHPAD, ils représentent 86,5% des expertises de l'EMG (après une évaluation de 16 mois de mise en place) [44]. A Paris, dans les équipes de Bretonneau, la proportion atteint 66% [45].

Pour le moment , il n'existe pas de preuves scientifiques rendant irréfutable l'intérêt des équipes mobiles intra ou extra hospitalière, mais les essais randomisés en la matière sont de réalisation difficile [46].

Quoiqu'il en soit, la psychiatrie se tourne de plus en plus vers ce type de soins, et plusieurs expériences menées en France en psychiatrie de la personne âgée paraissent concluantes (dans l'Ain, à Cholet, à Pau....) avec des créations réussies de filière de soins gérontopsychiatrique [47, 48]. La pédopsychiatrie s'y intéresse également avec la création d'équipes mobiles de l'enfant et de l'adolescent, impliquant de nouvelles postures cliniques qui permettent le travail sur la non demande de soins, alors que le besoin de soins est identifié par l'entourage [49].

## **2. Limites de l'étude**

### **2.1 Biais de sélection**

Les réponses obtenues ont concerné seulement 36 EHPAD sur les 96 présentes en Isère après avoir exclu 12 EHPAD sans médecin coordonnateur.

Il s'agit donc d'un effectif assez modeste limitant nos volontés de représentativité. Ce taux de réponses peut s'expliquer par différents facteurs :

- la période de distribution des questionnaires qui coïncidait avec la période estivale et les vacances des médecins coordonnateurs
- le manque de temps des médecins coordonnateurs qui sont pour la plupart également médecins généralistes et ont une charge de travail importante.
- la difficulté de joindre les MCO qui ne travaillent pas à temps plein.
- la sollicitation importante des médecins coordonnateurs pour différentes enquêtes.

Effectivement, à la même période, une enquête sur la fonction de coordination des MCO était réalisée.

Cependant, en considérant le travail de recherche nécessaire pour répondre à certaines questions (les psychotropes par exemple), on peut estimer ce nombre de réponses important témoignant d'une réelle préoccupation des médecins coordonnateurs pour ce sujet.

Le nombre d'EHPAD sans médecin coordonnateur est conséquent alors que l'arrêté du 26 avril 1999 rend obligatoire la présence d'un médecin coordonnateur au sein des établissements signataires d'une convention tripartite entre le conseil général, l'EHPAD et l'ARS pour avoir la qualification EHPAD [8].

Le territoire géographique de l'enquête, à savoir le département de l'Isère, est discutable puisqu'il englobe une population plus large que celle dépendant du CHAI. Ce choix paraissait néanmoins plus constructif dans le cadre d'un travail de thèse, avec l'objectif à moyen ou long terme de généraliser les équipes mobiles à l'ensemble de l'Isère en insistant sur l'ampleur des besoins.

## **2.2 Biais de conception du questionnaire**

La tranche d'âge des résidents a été choisie arbitrairement, ce qui ne permet pas de donner une moyenne d'âge dans l'échantillon.

Le nombre de prescription de psychotropes est variable en fonction des troubles et du temps ; cette enquête s'étalant sur 6 mois, il s'agit d'une vision globale de la consommation de psychotropes. Les résultats apparaissent en nombre de prescription et non en pourcentage car le total des prescriptions n'est pas connu. De plus, certains résidents ont plusieurs prescriptions pour une classe. Par ailleurs, pour éviter un surcroît de travail aux répondants, nous n'avons pas séparé les benzodiazépines à demi-vie courte ou demi-vie longue. Il aurait été intéressant de savoir si les recommandations de privilégier les demi-vie courtes chez les personnes âgées étaient suivies.

La classification psychiatrique (CIM) n'est pas connue par les médecins coordonnateurs : nous avons donc choisi de retenir le modèle utilisé dans les coupes pathos (utilisé pour définir les moyens alloués aux établissements pour personnes âgées). Cependant, l'état de santé d'une personne âgée fragile psychiatrique est fluctuant et ce modèle sous-évalue les besoins d'après un médecin coordonnateur. Nous n'avons pas non plus détaillé les troubles en fonction de l'âge et du sexe.

Concernant l'évaluation des prises en charge, nous nous sommes limités au versant médical sans citer l'intervention des psychologues qui se retrouvent le plus souvent en première ligne. En outre, nous avons laissé libre l'interprétation de cette question aux médecins coordonnateurs sans définir ce qu'on entendait par prise en charge gériatopsychiatrique, par déduction les troubles psycho comportementaux y ont été inclus. Par ailleurs, nous n'avons pas détaillé s'il s'agissait de prise en charge psychiatrique de crise ou de soutien. Ainsi, certains médecins coordonnateurs ont seulement décrit les prises en charge de crise.

### **3- Perspectives**

Le projet d'équipe mobile définie par le CHAI est pour le moment limité au secteur vironnais. Devant l'ampleur des besoins qui ressort de cette enquête, il conviendra par la suite de se préoccuper du reste de l'Isère.

De plus, ce travail se limite aux problématiques psychiatriques restreintes aux EHPAD, l'élargir à domicile auprès des médecins traitants pourrait être intéressant, et s'inscrire ainsi dans une dynamique préventive. Dans ce sens, l'ARS a mis en place une expérimentation d'Equipe Mobile de Gériatrie Extra Hospitalière à domicile pour Grenoble, Roanne et Annecy [50].

Enfin, si la gériatopsychiatrie française veut rattraper son retard (actuellement au 18<sup>ème</sup> rang mondial, loin derrière les pays anglo-saxons et la Suisse) [51], il sera important de dynamiser l'enseignement (création d'un diplôme spécialisé de gériatopsychiatrie ouvert à des gériatres par exemple, formation des médecins généralistes), ainsi que la recherche et la structuration des soins.

# CONCLUSION

Thèse soutenue par : Morgane GUEVEL

## **Titre : LES ATTENTES DES MEDECINS COORDONNATEURS D'EHPAD VIS-A-VIS D'UNE EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE : LE CAS DE L'ISERE**

Au carrefour des trois disciplines que sont la neurologie, la psychiatrie et la gériatrie, la psychiatrie de la personne âgée se doit de relever le défi du vieillissement de la population. La politique actuelle d'aide au vieillissement se donne pour objectif d'anticiper et d'adapter le dispositif de santé à la diversité des attentes et des besoins des personnes âgées. Dans ce cadre, le Centre Hospitalier Alpes Isère a initié un travail visant à mettre en place une offre de soins en matière de psychiatrie de la personne âgée, aboutissant à la création d'une équipe mobile de liaison en direction des EHPAD.

L'objectif de notre étude a été de questionner ce projet en affinant l'analyse des besoins quantitatifs et qualitatifs locaux en terme de prise en charge gérontopsychiatrique. L'enquête de besoin a été menée auprès des médecins coordonnateurs des 96 EHPAD de l'Isère. Les 36 EHPAD répondants, via leur médecins coordonnateurs, ont des résidents dont l'âge est compris entre 86 et 95 ans (44,5%), très dépendants (23,5% GIR1 et 35,5% GIR 2) et sous psychotropes pour 70% d'entre eux. Les psychotropes les plus prescrits sont les antidépresseurs suivis par les neuroleptiques, les benzodiazépines et les hypnotiques.

Les affections neuropsychiatriques les plus fréquentes sont les troubles psychocomportementaux en lien avec une démence de type Alzheimer ou syndrome apparenté (39,7% des résidents), puis les états dépressifs (37,5% des résidents) et les troubles anxieux (29,5% des résidents). Les troubles psychotiques sont moins représentés (17,2%) ainsi que les troubles confusionnels aigus non organiques (2,2%).

Sur une année, environ un tiers des résidents bénéficierait de prise en charge gérontopsychiatrique principalement effectuée par les médecins traitants (34% des prises en charge) ou les médecins coordonnateurs (33%). L'accès aux soins psychiatriques est difficile, avec une hospitalisation peu bénéfique et au retour, une prescription médicamenteuse lourde et sans réel suivi.



Les interventions systématiques des CMP dans l'établissement ou à la demande paraissent insuffisantes pour répondre aux besoins : 80% des médecins souhaiteraient un renforcement de l'implication des CMP. Ils sont surtout demandeurs d'aide pour le diagnostic et la thérapeutique, et d'une collaboration étroite lors de la formation des soignants ou des réunions de synthèse autour du résident. Une équipe mobile de psychiatrie pourrait remplir ces missions. 66 % des médecins étaient informés du projet de sa création ; elle semble indispensable pour 33% des médecins coordonnateurs, très utile pour 42% d'entre eux et utile pour 22%. Seulement 3 % la jugent inutile. Les autres attentes vis-à-vis de l'équipe mobile sont l'intervention en cas de crise, l'organisation du suivi et le soutien aux équipes.

Face aux troubles psychiatriques du sujet âgé, une grande partie des médecins coordonnateurs de notre enquête insistent sur le manque de moyens de la psychiatrie, l'absence de communication, et la formation insuffisante des soignants. Fort de ce constat, l'équipe mobile de psychiatrie aura un rôle important à jouer en apportant son expertise et en améliorant la collaboration avec les CMP. Ces interlocuteurs principaux semblent avoir une volonté et une dynamique de renforcement de leur implication auprès des personnes âgées.

Il reste maintenant à ajuster le mode de fonctionnement de cette équipe mobile avec les moyens existants et définir un cadre et un mode d'intervention bien précis afin de répondre aux demandes des EHPAD dans une perspective pluridisciplinaire et un travail en réseau. Il s'agira ensuite de procéder à l'évaluation de ce dispositif.

Les observations issues de la mise en place initiale de ce projet sur le secteur Voironnais pourront servir de support à une éventuelle extension à l'ensemble du bassin de santé desservi par le CHAI.

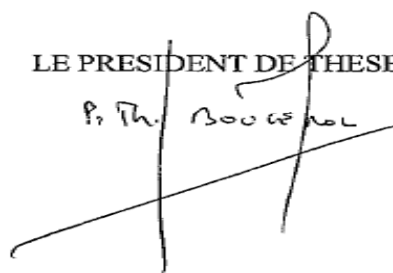
VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 16/1/2012

LE DOYEN



LE PRESIDENT DE THESE

P. TH. BOCCARD  


## BIBLIOGRAPHIE

1. Ancelin ML et al. Le projet Esprit : une étude longitudinale en population générale des troubles psychiatriques en France chez des sujets de plus de 65 ans. *L'encéphale* 2006;32 (5)615-21.
2. Domenge M. Isère : un grand dynamisme démographique à l'horizon 2020 [en ligne] Insee-première, Dec 2008, n°100 <http://www.insee.fr/fr/regions/rhone-alpes/collection>.
3. Scheiddeger S, Dutheil N. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, Etudes et résultats, juin 2006 ; 494 DREES <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er515/er515.pdf>.
4. Agence Régionale de l'Hospitalisation de Rhône Alpes. SROS 3-Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. 2006-2010, Lyon :ARHRA,livre 2 : la constitution des filières de soins, vers une prise en charge intégrée des patients, 2006, p68 et 84-85.
5. Projet médical, groupe n°5, la prise en charge psychiatrique des personnes âgées, psychose vieillissante et déficit cognitivo-comportemental, proposition du groupe de travail, avril 2009.
6. Huguenot Diener, Chabenderian L. La maladie d'Alzheimer : une pathologie phare en EHPAD et pourtant sous diagnostiquée, sous évaluée. *La revue de gériatrie* mars 2011;36 (3)17-19
7. Denoux P, Rigaud AS. Démographie, économie et sociologie de la personne âgée : des mutations sans modèle. *Psychiatrie de la personne âgée. Médecine Science Flammarion* 2009 ;26-32
8. El Hor Raghid, sous la direction de Fachler Buatois S. Comment les médecins coordonnateurs d'EHPAD exercent-ils leurs fonctions de coordination ? Mémoire pour l'obtention de la capacité nationale de gérontologie, octobre 2011, faculté de médecine de Grenoble.Université Joseph Fourier.
9. Recommandations HAS. Améliorer la prescription de psychotropes chez la personne âgée [http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prescription-psychotropes-sujet\\_âgé-version\\_courte-2007-11-19-34-38-576pdf](http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prescription-psychotropes-sujet_âgé-version_courte-2007-11-19-34-38-576pdf)

10. Le bon usage des médicaments psychotropes Rapport n°422 (2005-2006) de Mme Maryvonne Briot, député, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 22 juin 2006.
11. Pancrazi M.P. Le sujet âgé et les psychotropes, *l'Information Psychiatrique* janv 2010 ;86 (1):91-97.
- 12 .Gurwitz J-H, Field TS, AvornJ, Mc Cormick D, Jain S, Eckler M, Benser M, Edmondson AC, Bates DW. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *Am J Med* 2000 Aug1;109 (2):87-94.
13. Programme AMI Alzheimer Indicateurs d'Alerte et de Maîtrise de la Iatrogénie  
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/V18-brochure-ami-alzheimer.pdf>.
- 14 . Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées prise en charge des troubles du comportement perturbateurs mai 2009  
<http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/alzheimer-troubles-comportement-perturbateurs-synthese.pdf>.
15. Banerjee S. The Use of antipsychotic medication for people with dementia : time for action. A Report for the Minister of State for Care Services 2009.
16. Gill SS, Rochon PA, Hermann N, Lee PE. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke : population based retrospective cohort study. *British Medical Study* 2005 330-445.
17. Robert PH, Deudon A, MaubourguetN, Leone E, Gervais X, Brocker P, Carcaillon L, Riff S. Prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer. *Annales Médico Psychologiques*. 2009;(67):215- 218.
18. Sloane PD et al. Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia : a randomized, controlled trial. *Journal American geriatric society*. 2004;52(11),1795-1804.

19. Deudon A, Marbourguet N, Gervais X, Leone E, Brocker P, Carcaillon L, Riff S, Larallart B, Robert P-H. Non pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International Journal Geriatric Psychiatry*. 2009;24(12) 1386-1395.
20. Mahmoudi R, Benrabah M, Drame M, Novella JL, Morrone I, Kipper I, Jolly D, Blanchard F Intérêt d'une unité aigue Alzheimer dans la prise en charge des troubles du comportement. *Les cahiers de l'année gériatologique* 2010 ;P4.3-196.
21. Pellissier J Ces troubles qui nous troublent : les troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer et les autres syndromes démentiels. Edition Eres 2010.
22. Robert P, Piano J, Leone E, Soriano D, Carreau Y EHPAD et plan Alzheimer 2008-2012. *La revue de Gériatrie* mars 2011;36(3) 3-6.
23. Sisco F et al Troubles du comportement chez les sujets déments en institution : évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. *L'année gériatologique*. 2000;14:151-171.
24. Soriano D, Carreau Le point de vue d'un médecin coordonnateur sur la mesure 16 du plan Alzheimer PASA et UHR. *La revue de Gériatrie* mars 2011;36 (3) 7-8.
25. Ramaroson H, Helmer C, Barberger Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte Paquid. *Revue neurologique (Paris)* 2003;159 405-11.
26. Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K, Breteler MM, Copeland JR, Dartigues Jf et al incidence of dementia and major subtypes in Europe : a collaborative study of population based cohorts. *Neurology* 2000 ;54:S10S15.
27. Jovelet G. Psychose et vieillissement *L'information Psychiatrique* janv 2010;86(1)39-47.
28. Chavane V, Dibie Racoupeau F, Maltaverne S. Psychoses vieillissantes ou vieillissement des troubles psychotiques. *La revue francophone de gériatrie et de gériatologie*. fev 2009;16 (152)4-9.
29. Jovelet G, Farragi P, Garret, Gloanec N Le rapport du professeur Ménard sur la maladie d'Alzheimer : la réplique de psychiatres. *L'information Psychiatrique* janv 2008;84 (1)5-10.

30. Jouglar Roux B, Bon A. Place de la prise en charge à domicile dans l'activité d'une équipe de gérontopsychiatrie de secteur. *Pratiques en Santé Mentale* 2010 n°2, 41-45.
31. Trouillet R, Gely Nargeot MC, Mécanismes de défense et dépression du sujet institutionnalisé. *Annales Médico Psychologiques* 2009;167(2):119-26.
32. Kuhnel M-L, Iraki I EL, Tranchant M, Aspe G Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2010;10 111-115.
33. La Société Européenne de médecine générale-médecine de famille. La définition européenne de la médecine générale, médecine de famille 2002 [en ligne] site wonca Europe <http://www.woncaeurope.org/>
34. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? *Pluriels* oct-nov 2011;92-93.
35. Lussier MD, Paccalin M, Porcheron JB, Begue R, Haas A. Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé. *Revue Hospitalière de France* mars,avril 2009;527,30-34.
36. Bensaadi M, sous la direction du Dr Micheletti. Les CMP du Centre Hospitalier Alpes Isère dans l'offre de soins gérontopsychiatrique : places, limites, enjeux, Mémoire réalisé pour l'obtention du Diplôme Universitaire de Psychiatrie de la personne Agée.
37. Chocard AS, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré JB Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? *Annales Médico Psychologiques* 2005 (163) 691-696.
38. Ardiet G, Poncet A. Psychiatrie de liaison en maisons de retraite. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie* 2005;12 (115) 253-255.
39. Camus V, Viret C, Porcher A et al. Effect of changing referral mode to C-Lpsychiatry for noncognitively impaired medical inpatients with emotional disorders *JpsychosomRes* 2003 ; 54:579-85.
40. Arbus C, Soto M. Les missions et les outils d'une gérontopsychiatrie mobile. *Cahiers de l'année Gérontologique* 2007;21 (1) 202-209.

41. Clement JP, Viéban F, Peix R.O. Organisation des soins en psychiatrie de la personne âgée Psychiatrie de la personne âgée. Médecine-Science Flammarion 2009.
42. Couturier P. Equipes Mobile de Gériatrie : état des lieux, rôle et perspectives. Soins et perspectives. *Soins Gérontologie* 2007;64:18-21.
43. Cudennec T, Teillet L. Patients âgés hospitalisés : rôle des équipes mobiles de gériatrie. *Revue hospitalière de France* 2009;527 20-23.
44. Decelle G sous la direction de Creton H. Equipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy Thèse med Grenoble : université Joseph Fourier 2011.
45. Chansioux B. Equipes Mobiles Gériatrique Externe Plénière HAS prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et prévention de la iatrogénie plateforme professionnelle Indicateurs d'alerte et de maîtrise St Denis mars 2011.
- <http://www.has-santé.fr/portail/pleniere-has>.
46. Stuck AE, Egger M , Hammer A et al : Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people : systematic review and meta regression analysis *Jama* 2002;287:1022-1028.
47. Blond JC, Naz F, Caschera V, Birraux N, Bourdon C, Cavillon N, Fejoz MC, Liard L, Paret K, Valette J-M L'équipe mobile de psychogérontologie de l'Ain : un outil de prévention *L'information Psychiatrique*. 2010;86(1)21-26.
48. Lepoutre R. Six Experiences en psychiatrie des personnes âgées *Pluriels*, la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale mars avril 2005;50,51,1-16.
49. Congrès national des équipes mobiles de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent mars 2008 <http://www.psy-enfant.ado.com/fileadmin/documents/programmeMed/equipesmobile.pdf>.
50. Bosson L. Difficultés de prise en charge apr le médecin généraliste des personnes âgées en situation médicale et psychosociale complexe Etat des lieux à propos d'une enquête à Grenoble, Annecy, Roanne, Thèse med Grenoble : université Joseph Fourier 2011.
51. Charazac P. Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard *L'information Psychiatrique*, 2006;82(5)383-7.

## ANNEXE 1 : courrier de présentation

Grenoble, le 16 novembre 2011

Cher Confrère,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de thèse de médecine générale portant sur la **psychiatrie du sujet âgé** en partenariat avec le Centre Hospitalier Alpes Isère, qui a décidé de mettre en place une filière de soins spécifique destinée aux personnes âgées.

La première étape de son programme est la mise en place d'une **équipe mobile** à destination des EHPAD initialement prévue sur le territoire Voiron- Bièvre- Chartreuse- Sud Grésivaudan.

Afin d'évaluer et d'optimiser ce projet dans le but de l'élargir ensuite à l'ensemble de l'Isère, deux études sont actuellement en cours de réalisation ; d'une part au niveau des CMP et de l'autre au niveau des EHPAD dans le cadre de ma thèse. L'objectif principal est de dresser un **état des lieux** et de dégager vos **attentes** concernant les soins psychiatriques pour une collaboration efficace et de qualité avec l'équipe mobile.

C'est pourquoi je vous adresse ce **questionnaire** en vous remerciant par avance du temps consacré à le remplir et de votre participation (en l'espérant nombreuse), le souhait étant d'améliorer la prise en charge de ces personnes âgées.

Merci pour elles,

Morgane Guével

## ANNEXE 2 : questionnaire

# Enquête descriptive des besoins gérontopsychiatriques en EHPAD

Nom de l'EHPAD (un questionnaire par EHPAD) :

### Renseignements généraux

1- Nombre de lits

2- Nombre de résidents (pyramide des âges) ayant -moins de 75 ans

-de 75ans à 85 ans

-de 85ans à 95 ans

-plus de 95 ans

3-Nombre de résidents

GIR 1

GIR 2

GIR 3

GIR 4

Dernier GMP calculé (préciser le mois)

4- Existe-t- il un secteur fermé ?  Oui  Non

Si oui nombre de lits ?

5-Existe-t-il une **psychologue** au sein de l'établissement?  OUI  NON

Si oui, quel est son temps de travail ?

A-t-elle une formation en géronto psychiatrie ?

6-Avez-vous une formation en géronto-psychiatrie ?  OUI  NON

Si oui, quel type de formation ?

7 -Nb de résidents bénéficiant ce jour d'une prescription de **psychotropes**

a- en monothérapie :

b- en plurithérapie :



c- classes thérapeutiques prescrites (nombre de prescription)

- neuroleptiques
- antidépresseurs
- benzodiazépine
- anxiolytiques non benzo (anti H1)
- thymorégulateurs
- hypnotiques

## Etat des lieux des troubles psychiatriques et de leur prise en charge au cours de l'année 2010

1- Nombre de résidents ayant bénéficié d'une prise en charge géronto-psychiatrique sur l'année 2010 ?

Pourcentage de ces résidents ayant une **démence ou troubles apparentés** ?

Pourcentage de résidents déjà connus du secteur psychiatrique ?

2 -En utilisant la coupe Pathos, quel est le nombre de résidents ayant présenté des

-Troubles anxieux

-Troubles dépressifs

Dont TS

Mort par suicide

-Troubles psychotiques

-Troubles confusionnels aiguës non organiques

-Troubles psycho comportementaux en lien avec une démence de type

Alzheimer ou syndrome apparenté

-Autres pathologies (addictions ou autre à précisez)

3-Comment avez-vous organisé la prise en charge des troubles d'ordre psychiatrique?

a- nombre de prise en charge sur 2010 par

-Médecin coordonnateur seul

-Médecins traitants

-Psychiatres libéraux

-CMP

-Hospitalisation directe

b- dans ce dernier cas, quel était le nombre d'hospitalisation?

-au CHS en accès direct

-au CHU en gériatrie en neurologie

-aux Urgences psychiatriques

-en clinique en gériatrie en psychiatrie

4-Quelle était l'indication de l'hospitalisation ? (précisez le nombre)

Recherche diagnostique

Avis psychiatrique sur un problème complexe

Equilibre du traitement

Intensité des symptômes incompatibles avec une prise en charge dans l'établissement

Autre (précisez)

5-Quelles ont été les difficultés rencontrées de façon globale ?

-en amont de la prise en charge

-en aval de la prise en charge

### Identification des attentes vis-à-vis de la psychiatrie publique/ collaboration avec une future équipe mobile

1-Bénéficiez- vous déjà d'interventions des CMP au sein de votre établissement ?

OUI

NON

Si OUI : -une convention est-elle signée ?  OUI  NON

-modalités d'intervention des CMP ?

2- Souhaiterez-vous un **renforcement** de l'implication des CMP ?

OUI

NON

Si OUI quelles seraient vos attentes ? (1 le plus utile à 6 le moins utile)

	1	2	3	4	5	6
-aide au diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-avis thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-formation des soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-réunion de synthèse autour du résident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-visite régulière d'Infirmières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-relai avec hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-soutien des familles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-autre (précisez)						

3- Etiez vous informé du projet de la mise en place d'une **équipe mobile** en psychiatrie de la personne âgée ?

OUI

NON

4- Intérêt de cette création ?

inutile

peu utile

utile

très utile

indispensable

5- Pensez vous que les attentes de la question 2 peuvent être remplies par l'équipe mobile ?

OUI lesquelles en priorité

NON pourquoi ?

Quelles seraient vos autres attentes vis-à-vis de l'équipe mobile ?

6- Commentez les modes d'articulation souhaitées entre les CMP et l'équipe mobile

7- Remarques personnelles :

# ANNEXE 3 : liste des EHPAD

## ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD) EN ISERE



Dernière actualisation : 02/08/2011

NOM DE L'ETABLISSEMENT	COORDONNEES	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	TERRITOIRE
La Ramée	2, avenue de Savoie	38580	ALLEVARD	04 78 45 06 24	GRESNVAUDAN
Notre Dame des Roches	Chemin de l'église	38150	ANJOU	04 74 79 80 00	ISERE RHODANIENNE
Les Volubilis	154, chemin de la Steida BP 20	38490	AOSTE	04 78 32 52 14	VALS DU DAUPHINE
Le Dauphin Bleu	avenue Louis Michel Villaz BP 113	38270	BEAUREPAIRE	04 74 79 20 90	BIEVRE VALLOIRE
Hôpital local Luzy Duffellant	41, avenue Louis Michel Villaz BP 112	38270	BEAUREPAIRE	04 74 79 11 11	BIEVRE VALLOIRE
Delphine Neyret	Place du 8 mai 1945 BP 348	38317	BOURGOIN-JALLIEU	04 69 15 76 10	PORTE DES ALPES
Jean Moulin	10, rue Jean Moulin BP 348	38317	BOURGOIN-JALLIEU	04 69 15 76 40	PORTE DES ALPES
La Folatière	26, avenue Maréchal Leclerc	38300	BOURGOIN-JALLIEU	04 74 28 33 00	PORTE DES ALPES
L'Arche	2, rue des Platanes	38230	CHARVIEU-CHAVAGNEUX	04 72 46 15 15	HAUT RHONE DAUPHINOIS
Maison de retraite	85, Grande Rue	38160	CHATTE	04 78 64 81 81	SUD GRESVAUDAN
Les Corallies	Chemin de Michalet Poisieu	38460	CHOZEAU	04 74 90 22 08	HAUT RHONE DAUPHINOIS
La Providence	95, route de Chartreuse	38700	CORENC	04 78 88 00 36	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Albert et Marthe Hostachy	route de la Salette	38970	CORPS	04 78 30 02 24	MATHEYSINE
Jeanne de Chantal	Place des Vusitandines - BP 78	38460	CREMIEU	04 74 90 70 07	HAUT RHONE DAUPHINOIS
Les Jardins Médicis	Le château - 41 rue des Michaudières	38790	DIEMOZ	04 78 98 85 00	PORTE DES ALPES
Arcadie	9, rue des Lilas	38420	DOMENE	04 78 77 29 27	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Champ Fleuri	13, rue Paul Héroult	38130	ECHIROLLES	04 38 49 91 10	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Centre de gérontologie Sud (CHU Grenoble)	Hôpital Sud avenue de Kimberley BP 338	38434	ECHIROLLES	04 78 78 95 03	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Maison des Anciens	3, rue de Normandie	38130	ECHIROLLES	04 78 09 10 36	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Les Tilleuls	21 place du 11 novembre	38380	ENTRE-DEUX-GUIERS	04 78 66 07 76	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
L'Eglantine	3, rue du Grand Veymont	38800	FONTAINE	04 78 28 80 10	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Belle vallée	rue de Bretagne	38190	FROGES	04 78 45 36 00	GRESNVAUDAN
Bévière	1, rue Bévière	38000	GRENOBLE	04 78 84 29 80	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Chante Soleil	31, rue Alfred de Vigny	38100	GRENOBLE	04 78 39 24 70	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Clinique Mutualiste des Eaux Claires	8-12, rue Docteur Calmette	38028	GRENOBLE	04 78 70 70 00	AGGLOMERATION GRENOBLOISE

CERDA - Maison Départementale de l'Autonomie - 15, avenue Doyen Louis Weil - BP 337 - 38010 Grenoble Cedex 1  
Tel. 04 38 12 48 48 - Email : mdphi@cg38.fr - Site Internet : www.mda38.fr

1

## ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD) EN ISERE

NOM DE L'ETABLISSEMENT	COORDONNEES	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	TERRITOIRE
Résidence Abbaye	33, rue Jean Bart	38100	GRENOBLE	04 78 54 24 27	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Les Delphinelles unité Teisseire	20, rue de Kaunas	38100	GRENOBLE	04 78 24 30 17	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Les Villandières	50, rue de Mortillet	38000	GRENOBLE	04 78 63 63 00	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Narvik	8, rue de Narvik	38000	GRENOBLE	04 78 43 00 99	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Pavillon Chissé (CHU de Grenoble)	BP 217	38043	GRENOBLE	04 78 78 54 15	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Reyniès	6, rue Léo Lagrange	38100	GRENOBLE	04 78 87 05 99	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Saint Bruno	47, place Saint Bruno	38000	GRENOBLE	04 78 21 31 80	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Les Colombes	44, rue du Colombier BP 36	38540	HEYRIEUX	04 78 40 68 96	PORTE DES ALPES
La Bastide de Jardin	Bérardier	38200	JARDIN	04 74 78 38 00	ISERE RHODANIENNE
L'Isle aux Fleurs	rue du Côteau de l'Eglise	38080	L'ISLE-D'ABEAU	04 74 27 88 86	PORTE DES ALPES
Maison de retraite	19, rue de l'Hôtel de Ville	38260	LA COTE-SAINT-ANDRE	04 74 20 55 11	BIEVRE VALLOIRE
Centre Hospitalier de La Mure	62, rue des Alpes BP 56	38350	LA MURE	04 78 81 42 00	MATHEYSINE
Les Solambres	674, avenue de Savoie	38660	LA TERRASSE	04 78 08 21 27	GRESNVAUDAN
Hôpital local de La Tour du Pin	12, boulevard Victor Hugo	38110	LA TOUR-DU-PIN	04 74 83 27 27	VALS DU DAUPHINE
Ma Maison	117, Grande Rue	38700	LA TRONCHE	04 78 89 28 86	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Les Pivoles	300, chemin du Premier Guâ BP 10	38292	LA VERPILLIERE	04 74 95 41 48	PORTE DES ALPES
Abel Maurice	avenue Jean-Baptiste Gauthier BP 35	38520	LE BOURG-D'OISANS	04 78 80 00 12	OISANS
Résidence Mutualiste du Fontanil	17, rue du Rafour	38120	LE FONTANIL	04 78 75 23 72	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Maison de retraite	249, route de Chartreuse	38690	LE GRAND-LEMPES	04 78 55 80 01	BIEVRE VALLOIRE
Bellefontaine	4, rue Bellefontaine	38550	LE PEAGE-DE-ROUSSILLON	04 74 11 18 16	ISERE RHODANIENNE
Les Mésanges	Centre Hospitalier Le Thomassin BP 8	38480	LE PONT-DE-BEAUVOISIN	04 78 32 65 80	VALS DU DAUPHINE
Irène Joliot Curie	14, rue A. et E. Goirand	38800	LE PONT-DE-CLAIX	04 78 29 86 70	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Maison Saint Jean	Grande Rue	38660	LE TOUVET	04 78 92 34 14	GRESNVAUDAN
Maison de retraite	21, rue Gambetta	38490	LES ABRETS	04 78 32 07 08	VALS DU DAUPHINE
Maison de retraite hospitalière	place Paul Brachet	38710	MENS	04 78 34 80 84	TRIEVES
Maison des Ombrages	5, chemin de la Carronnerie	38240	MEYLAN	04 38 38 18 30	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Maison Cantonale des Personnes Agées	2, avenue du Granier	38240	MEYLAN	04 78 41 84 00	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Maison de retraite		38380	MIRIBEL-LES-EHELLES	04 78 55 15 11	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
Maison de retraite	place Général de Gaulle BP 7	38430	MOIRANS	04 78 35 46 44	VOIRONNAIS-CHARTREUSE

CERDA - Maison Départementale de l'Autonomie - 15, avenue Doyen Louis Weil - BP 337 - 38010 Grenoble Cedex 1  
Tel. 04 38 12 48 48 - Email : mdphi@cg38.fr - Site Internet : www.mda38.fr

2

**ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES  
(EHPAD) EN ISERE**

NOM DE L'ETABLISSEMENT	COORDONNEES	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	TERRITOIRE
L'âge d'or	Parc Louis Samuel	38650	MONESTIER-DE-CLERMONT	04 76 34 11 75	TRIEVES
Lucie Pellat	210, rue du Général de Gaulle	38330	MONTBONNOT	04 76 90 02 71	GRESIVAUDAN
Hôpital local de Morestel	539, rue François Perrin BP 10	38510	MORESTEL	04 74 80 02 44	HAUT RHONE DAUPHINOIS
Bon rencontre	rue Gay Lussac Le Village	38470	NOTRE-DAME-DE-LOSIER	04 76 36 72 66	SUD GRESIVAUDAN
Les Vergers	360, rue de l'Eyrard	38360	NOYAREY	04 76 86 96 80	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Centre Hospitalier de Rives	Rue de l'hôpital	38140	RIVES SUR FURES	04 76 35 71 71	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
Hôpital local	rue Bourg	38940	ROYBON	04 76 38 31 00	BIEVRE VALLOIRE
Le Bon Accueil	La Roche	38620	SAINT-BUEIL	04 76 07 53 14	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
Maison de retraite intercommunale		38890	SAINT-CHEF	04 74 27 78 30	PORTE DES ALPES
La Maison du Lac	6, rue du Gymnase	38120	SAINT-EGREVE	04 76 75 44 55	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Le Moulin	10 route de la Forteresse	38590	SAINT-ETIENNE-DE-SAINT-GEOIRS	04 76 65 40 50	BIEVRE VALLOIRE
Hôpital local Plampalais		38620	SAINT-GEOIRE-EN-VALDAINE	04 76 07 50 16	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
La Bâtie (rattaché au CHU de Grenoble)	Le Pont	38330	SAINT-ISMIER	04 76 52 25 90	GRESIVAUDAN
Villa du Rozat	145, chemin du Rozat	38330	SAINT-ISMIER	04 76 52 21 76	GRESIVAUDAN
Le Couvent	1, rue Jeanne d'Arc	38440	SAINT-JEAN-DE-BOURNAY	04 74 58 12 12	PORTE DES ALPES
Maison de retraite	rue de la Barre	38440	SAINT-JEAN-DE-BOURNAY	04 74 59 07 51	PORTE DES ALPES
La Matinière	280, chemin des Martins	38380	SAINT-LAURENT-DU-PONT	04 76 06 26 00	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
Le Pertuis	280, chemin des Martins	38380	SAINT-LAURENT-DU-PONT	04 76 06 26 00	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
Centre Hospitalier de Saint-Marcellin	1, avenue Félix Faure BP 8	38161	SAINT-MARCELLIN	04 76 64 90 90	SUD GRESIVAUDAN
Centre Michel Philibert	17, rue Jacques Anquetil	38400	SAINT-MARTIN-D'HERES	04 76 25 57 50	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Le Bon Pasteur	14, rue Paul Langevin	38400	SAINT-MARTIN-D'HERES	04 76 00 52 00	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Sévigny	25, rue de la Libération	38950	SAINT-MARTIN-LE-VINOUX	04 76 46 29 26	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
La Chêneraie	Château de Sérezin	38070	SAINT-QUENTIN-FALLAVIER	04 74 95 15 15	PORTE DES ALPES
Résidence d'accueil et de soins du Perron	BP 36	38160	SAINT-SAUVEUR	04 76 38 26 37	SUD GRESIVAUDAN
Maison Sainte Marie	Le bourg	38660	SAINTE-MARIE-D'ALLOIX	04 76 92 33 33	GRESIVAUDAN
Les portes du Vercors	25, rue Lesdiguières	38360	SASSENAGE	04 38 02 35 03	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Centre Hospitalier de Tullins	18 boulevard Michel Perret BP 57	38210	TULLINS-FURES	04 76 07 30 30	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
L'Arc en Ciel	2, rue Charles Beaudelaire	38210	TULLINS-FURES	04 76 07 88 57	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
Centre Hospitalier Lucien Husel	Mont Salomon BP 127	38209	VIENNE	04 74 31 33 33	ISERE RHODANIENNE

CERDA - Maison Départementale de l'Autonomie - 15, avenue Doyen Louis Weil - BP 337 - 38010 Grenoble Cedex 1  
Tel. 04 38 12 46 46 - Email : mdphi@cog38.fr - Site Internet : www.mda38.fr

3

**ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES  
(EHPAD) EN ISERE**

NOM DE L'ETABLISSEMENT	COORDONNEES	CODE POSTAL	VILLE	TELEPHONE	TERRITOIRE
L'Argentière	rue Pierre et Marie Curie	38200	VIENNE	04 37 02 02 02	ISERE RHODANIENNE
Notre Dame de l'Isle	Place de l'Isle	38200	VIENNE	04 74 31 14 40	ISERE RHODANIENNE
Victor Hugo	26, rue de la Charité	38200	VIENNE	04 37 02 18 00	ISERE RHODANIENNE
Les Maisonnées	46, rue Champolion	38450	VIF	04 76 73 57 10	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Maison de retraite intercommunale	155, avenue des Cèdres	38280	VILLETTE-D'ANTHON	04 78 31 25 12	HAUT RHONE DAUPHINOIS
Hôpital local Brun Faulquier	11, avenue Brun Faulquier	38470	VINAY	04 76 36 99 00	SUD GRESIVAUDAN
Les Tournelles	chemin Combe Paradis	38730	VIRIEU-SUR-BOURBRE	04 74 33 56 00	VALS DU DAUPHINE
Maison de retraite	chemin des Mattons	38220	VIZILLE	04 76 78 85 85	AGGLOMERATION GRENOBLOISE
Centre Hospitalier de Voiron Pierre Bazin	Site de Coublevie BP 208	38506	VOIRON	04 76 67 15 15	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
La Toumaline	rue du Jardin de Ville	38500	VOIRON	04 76 67 27 67	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
Les Edelweiss	51, rue Sermorens BP 149	38604	VOIRON	04 76 66 14 34	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
Denise Grey	1, place Denise Grey	38340	VOREPPE	04 76 50 29 42	VOIRONNAIS-CHARTREUSE
Vai Marie	210, route de l'église	38210	VOUREY	04 76 07 05 07	VOIRONNAIS-CHARTREUSE

CERDA - Maison Départementale de l'Autonomie - 15, avenue Doyen Louis Weil - BP 337 - 38010 Grenoble Cedex 1  
Tel. 04 38 12 46 46 - Email : mdphi@cog38.fr - Site Internet : www.mda38.fr

4

## **ANNEXE 4a : Extrait du projet médical d'établissement 2009-2014**

*Un enjeu majeur et mobilisateur - Développer la filière de prise en charge des personnes âgées dans une logique pluridisciplinaire et un cadre inter sectoriel :*

La prise en charge des personnes âgées constitue l'autre filière prioritaire pour la période 2009 – 2014. Il est impératif d'apporter une réponse ciblée et coordonnée à des besoins qui restent d'ailleurs mal évalués, la demande de soins étant peu exprimée par les sujets âgés, mais besoins dont il est certain qu'ils connaîtront une croissance rapide durant la prochaine décennie, à la lecture des données et tendances démographiques disponibles. Se reporter aussi à la Circulaire DHOS du 28.03.07 relative à la « Prise en charge des sujets âgés souffrant de troubles psychiatriques ».

En raison de sa couverture large et homogène du bassin de santé, sur l'ensemble de ses territoires, et au motif des soins déjà dispensés par certains secteurs en direction des personnes âgées, notamment en institution (exemple du Voironnais), le CHS apparaît comme le promoteur naturel d'une ambition et d'une politique de filière ; à déployer avec des partenaires.

Concernant l'hospitalisation complète, et en regard des besoins (8 % de personnes âgées de plus de 65 ans) comme des priorités capacitaires, il a été décidé de ne pas cibler pour le moment la création d'une unité dédiée à la psychiatrie de la personne âgée. Mais les prises en charge devront être améliorées et leurs spécificités mieux définies à l'échelle de l'établissement, pour être ensuite déclinées dans chaque projet, puis contrat de pôle. Au plan opérationnel, cela constituera avec évidence un objectif immédiat de la nouvelle équipe mobile de psychiatrie gériatrique, en direction de toutes les unités d'hospitalisation.

- L'orientation prioritaire et structurante consiste en effet en la création d'une équipe mobile de liaison ; adossée à une unité intersectorielle et constituée de professionnels du CHSE spécifiquement formés à la prise en charge psychiatrique du sujet âgé. Elle aura vocation à intervenir de façon continue dans les unités d'hospitalisation, les CMP et les lieux de vie des personnes âgées (hôpitaux locaux, EHPAD, maisons de retraite – domicile à terme). Elle est conçue comme le futur pivot d'un réseau associant les différents partenaires sanitaire, médico - social et social.
- Car cette équipe ne pourra trouver pleinement son sens et son efficacité qu'à la condition d'être portée par un Centre de ressources intersectoriel et pluridisciplinaire, associant la psychiatrie à la gériatrie et aux neurosciences. Outre le constat que certaines manifestations pathologiques trouvent difficilement à être classées dans des catégories médicales et disciplinaires aux effets parfois excluants, la réponse aux besoins exprimés par les institutions référentes, accueillant ou hébergeant des personnes âgées, nécessite d'être globale et coordonnée, donc partenariale.

C'est le sens des contacts déjà engagés par l'établissement, prioritairement avec le CHU de Grenoble, mais aussi le CH de Voiron ; il pourrait s'agir là d'une orientation forte et visible d'une future communauté hospitalière de territoire d'abord axée sur les coopérations médicales. La concertation entre neurologues, gériatres et psychiatres est en effet devenue indispensable.

- Si la création d'une unité dédiée d'hospitalisation complète n'a pas été retenue pour la période 2009 – 2014, la réflexion devra à l'inverse être poursuivie sur la façon d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en hospitalisation complète. Comme cela implique le développement de compétences et de savoir – faire particuliers, peut – être serait – il pertinent de développer la spécialisation d'une unité par pôle ? Ce qui faciliterait la mise en œuvre de coopérations et de véritables interactions avec la gériatrie du CHU.
- Dans la même logique et dans un même cadre de partenariat, des consultations spécialisées pourraient être organisées.

C'est avec ce présupposé positif d'ouverture à son environnement que le CHS de Saint – Egrève a lui – même commencé d'engager une réflexion approfondie sur la pathologie psychiatrique des personnes âgées et le développement de ses modes de prise en charge. Cette réflexion se porte en particulier sur les différents éléments constitutifs de la filière et sur leur articulation, selon une logique de prise en charge continue, visant notamment à éviter la chronicisation en hospitalisation complète. La création de lits de soins de suite psychiatriques apparaît comme une orientation à consolider, dans le cadre d'un partenariat ouvert, et a priori comme sous – ensemble d'un projet plus vaste de soins de suite gériatriques, articulé autour d'un véritable plateau technique et bénéficiant d'une forte médicalisation, dont le CHSE assurerait globalement le volet psychiatrique. Le site de l'hôpital, dont le plan directeur est en phase de détermination, pourrait même constituer une implantation pertinente, à l'intersection des besoins de l'agglomération et du Voironnais.

## ANNEXE 4b : Note du directeur



### NOTE DU DIRECTEUR N° 07 - 2011

#### « Création de la filière des soins psychiatriques aux personnes âgées »

Considérant,

- Le projet médical du Centre hospitalier Alpes Isère approuvé par le Conseil d'administration en sa séance du 2 juillet 2010, et notamment la priorité relative au développement des soins aux personnes âgées,
- L'étude nosographique du 5 octobre 2010 réalisée par M. le Docteur Micheletti, Chargé de l'évaluation médicale au CHAI,
- Le rapport d'orientation remis en septembre 2010 du groupe de réflexion interne au CHAI, animé par M. le Docteur Chabannes, préconisant notamment la création d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée,
- Le programme de création d'une filière de soins aux personnes âgées tel qu'il a fait l'objet de la délibération n° 2010 – 19 du Conseil de surveillance, notifiée le 26 novembre 2010 à l'Agence régionale de Santé de la région Rhône – Alpes,
- Les débats et conclusions du Directoire, en sa séance du 18 avril 2011, afin d'engager la réalisation de ce programme par une tranche initiale 2011 sur les territoires Voiron – Bièvre – Chartreuse et Sud Grésivaudan,

Il a été décidé ce qui suit :

- Le CHAI procédera à compter du troisième trimestre 2011 à la mise en place de la première étape de son programme de soins de psychiatrie aux personnes âgées, sur les territoires susvisés, à destination prioritaire des EHPAD et sous la forme d'une équipe mobile,
- L'établissement financera cette opération sur fonds propres, à titre transitoire et dans l'attente des allocations budgétaires correspondantes de l'ARS RA,



- L'effectif est celui prévu par la délibération, soit 3,5 postes ETP, dont 0,25 poste redéployé. Le temps de praticien hospitalier spécialisé en gériatrie pourra notamment être obtenu par convention de coopération et de mise à disposition conclue avec un autre centre hospitalier,
- La coordination du programme est confiée à M le Dr Chabannes. Il sera assisté par Mme MC Raschi, cadre supérieur de santé à la Direction des soins, et par la Direction référente des pôles cliniques, responsable de l'accompagnement des programmes médicaux et de la gestion en mode projet,
- Le programme sera complété de l'étude relative aux missions des CMP, que conduit M. le Dr Bensaadi au titre de son mémoire de Diplôme universitaire de gériatrie psychiatrie.

Fait à Saint – Egrève, le 24 mai 2011

Le Directeur,

Pascal MARIOTTI



## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

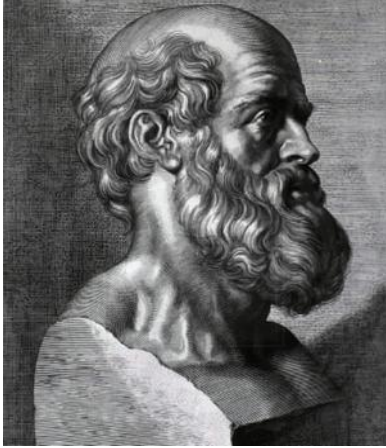
ALBALADEJO	Pierre	Clinique d'Anesthésie
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Clinique de Chirurgie et de l'Urgence
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques et Informatique Médicale
BAGUET	Jean-Philippe	Clinique de Cardiologie / Hypertension Artérielle
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Clinique Médecine Légale
BAUDAIN	Philippe	Clinique Radiologie et Imagerie Médicale
BEANI	Jean-Claude	Clinique Dermatologie, Vénérologie, Photobiologie Allergologie
BENHAMOU	Pierre-Yves	Clinique Endocrino Diabéto Nutrition Education Thérapeutique
BERGER	François	Oncologie Médicale
BLIN	Dominique	Clinique Chirurgie Cardiaque
BOLLA	Michel	Centre Coord. Cancérologie
BONAZ	Bruno	Clinique Hépato Gastro Entérologie
BOSSON	Jean-Luc	Dpt de Méthodologie de l'Information de Santé
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'Adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Dpt Anatomie et Cytologie Pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Clinique de Chirurgie Vasculaire et Thoracique
BRIX	Muriel	Clinique Chirurgie Maxillo-Faciale
CAHN	Jean-Yves	Cancérologie
CARPENTIER	Patrick	Clinique Médecine Vasculaire
CARPENTIER	Françoise	Clinique Urgence
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stéphane	Clinique de Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Clinique Endocrino Diabéto Nutrition Education Thérapeutique / endocrinologie
CHAFFANJON	Philippe	Clinique Chirurgie Thoracique, Vasculaire et Endocrinienne
CHAVANON	Olivier	Clinique de Chirurgie Cardiaque
CHIQUET	Christophe	Clinique Ophtalmologique
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Dpt d'Innovations Technologiques
COHEN	Olivier	Délégation – HC Forum
COUTURIER	Pascal	Clinique Médecine Gériatrique
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie
DE GAUDEMARIS	Régis	Dpt Médecine et Santé du Travail
DEBILLON	Thierry	Clinique Réa. et Médecine Néonatale
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de Médecine Légale
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques et Informatique Médicale
DESCOTES	Jean-Luc	Clinique Urologie
ESTEVE	François	Dir Equipe 6 U836 – ID17 / ESRF
FAGRET	Daniel	Clinique de Médecine Nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Clinique de Chirurgie Digestive et de l'Urgence
FAVROT	Marie-Christine	Dpt de Biologie Intégrée / Cancérologie
FERRETTI	Gilbert	Clinique Radiologie et Imagerie Médicale
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	Clinique Nutrition Artificielle
FRANCOIS	Patrice	Dpt de Veille Sanitaire
GARBAN	Frédéric	Hématologie et transfusion

GARNIER	Philippe	Surnombre
GAUDIN	Philippe	Clinique de Rhumatologie
GAY	Emmanuel	Clinique Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie Infantile
HALIMI	Serge	Clinique Endocrino Diabéto Nutrition
HOMMEL	Marc	Clinique de Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Département Génétique et Procréation
JUVIN	Robert	Clinique de Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Clinique de Neurologie
KRACK	Paul	Clinique de Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Clinique Neuroradiologie et IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
LE BAS	Jean-François	Clinique Neuroradiologie et IRM
LEBEAU	Jacques	Clinique Chir. Maxillo-Faciale
LECCIA	Marie-Thérèse	Clinique Dermatologie Vénérologie Photobiologie Allergologie
LEROUX	Dominique	Département Biologie et Pathologie de la Cellule
LEROY	Vincent	Clinique d'Hépatogastroentérologie
LETOUBLON	Christian	Clinique Chirurgie Digestive et Urgence
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie ADN
MACHECOURT	Jacques	Clinique de Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Clinique Chirurgie Vasculaire et Thoracique
MAITRE	Anne	Médecine du Travail EPSP / Dpt de Biologie Intégrée
MAURIN	Max	Département des Agents Infectieux / Bactériologie
MERLOZ	Philippe	Clinique Chir. Orthopédie Traumatologie
MORAND	Patrice	Dpt des Agents Infectieux / Virologie
MOREL	Françoise	
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie Physiologie
MOUSSEAU	Mireille	Oncologie Médicale
MOUTET	François	Chir. Plastique et Reconstructrice et Esthétique
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Clinique Réanimation
PELLOUX	Hervé	Département des Agents Infectieux Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Clinique Physiologie Sommeil et Exercice
PERENNOU	Dominique	Clinique MPR
PERNOD	Gilles	Clinique de Médecine Vasculaire
PIOLAT	Christian	Clinique de Chirurgie Infantile
PISON	Christophe	Clinique Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Clinique Médicale Pédiatrie
POLACK	Benoît	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule
PONS	Jean-Claude	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Clinique Urologie
REYT	Emile	Clinique ORL
RIGHINI	Christian	Clinique ORL
ROMANET	Jean-Paul	Clinique Ophtalmologique
SARAGGLIA	Dominique	Clinique Orthopédique et Traumatologie
SCHMERBER	Sébastien	Clinique ORL
SELE	Bernar	Dpt Génétique et Procréation
SERGENT	Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie Thoracique Vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Clinique Infectiologie

STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Clinique Réanimation Médicale
TONETTI	Jérôme	Clinique Orthopédique et Traumatologie
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie Moléculaire
VANZETTO	Gérald	Clinique de Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et Traitement de l'Image
ZAQUI	Philippe	Clinique Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Clinique Hépatogastro-Entérologie

## **Maîtres de Conférence Universitaires – Praticiens Hospitaliers**

BONNETERRE	Vincent	Médecin et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule
BRENIER-PINCHART	M. Pierre	Parasitologie
BRIOT	Raphaëlle	Départ. De Cancérologie et d'Hématologie
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique
CROIZE	Jacques	Bactériologie – Virologie
DERANSART	Colin	Cancérologie et Hématologie
DETANTE	Olivier	Neurologie LAPSEN
DUMESTRE-PERARD	Chantal	ImmunologieSUD
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale
FAURE	Anne-Karen	Département de Génétique et Procréation
FAURE	Julien	Département Génétique et Procréation
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine Interne Gériatrique
GILLOIS	Pierre	Information et Informatique Médicale
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (IRM)
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du Développement et de la Reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
LABARERE	José	Dpt de Veille Sanitaire
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire
LARDY	Bernard	Laboratoire d'Enzymologie
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. Explorations Fonctionnelles Cardio-Respiratoires
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, Economie de la Santé (Mal. Inf.)
MAUBON	Danièle	Département des Agents Infectieux Parasitologie Mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Département d'Innovations Technologiques
MOUCHET	Patrick	Physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie Moléculaire
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path.
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire
PAYSANT	François	Clinique de Médecine Légale
RAY	Pierre	Génétique BDR
RENVERSEZ	Jean-Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire
RIALLE	Vincent	Information et Informatique Médicale
SATRE	Véronique	Génétique Chromosomique
STASIA	Marie-Josée	UM Diagnostic et Recherche Granulomatose Septique
TAMISIER	Renaud	Physiologie
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales



## *Serment d'Hippocrate*

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*