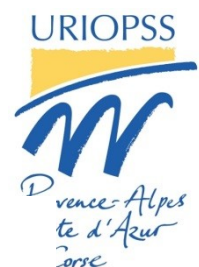


Etat des lieux de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques à Marseille

COSM – MAIA Marseille – URIOPSS PACA et Corse

Document élaboré entre avril 2017 et mars 2018

Présentation le 27 mars 2018 aux membres du COSM, de la Table Tactique MAIA Marseille et aux adhérents marseillais de l'URIOPSS PACA et Corse



Sommaire

Sommaire	1
1- Introduction	3
2- Méthodologie	4
3- La population cible et l'offre de soins existante	7
3.1. La population cible	7
3.2. L'offre de soins	8
3.2.1. En psychiatrie	8
3.2.2. En gériatrie	10
3.2.3. En médecine libérale	11
4- La prise en charge sanitaire des patients âgées dans les hôpitaux psychiatriques et au Centre Gérontologique Départemental	14
4.1. Le CH Valvert	14
4.2. Le CH Edouard Toulouse	15
4.3. L'AP-HM	16
4.4. Le Centre Gérontologique Départemental	18
5 - Les constats et difficultés rencontrés par les professionnels	20
5.1. Des situations souvent "complexes"	20
5.2. Une offre de soins à développer et structurer	20
5.2.1. Une offre de psychiatrie publique insuffisante	20
5.2.2. Un manque d'interlocuteurs médicaux sur les lieux de vie	21
5.3. Des problématiques sociales très prégnantes	23
5.3.1. Précarités et ruptures de droits	23
5.3.2. Une absence d'offre de logements adaptés	24
5.3.3. Des aidants en difficulté	24
5.3.4. Des cas de maltraitance nombreux et peu accompagnés	24
5.4. Des situations d'incurie "sans solution"	25
5.5. Des cloisonnements et un manque de lisibilité à tous les niveaux	25
5.6. Un besoin de formation chez tous les professionnels	27
6 - Les leviers d'amélioration	28
6.1. L'offre de soins	28
6.2. La formation	28

6.3. Le développement du travail en réseau sur le territoire	29
7- Pistes d'actions	30
7.1. La structuration de l'offre de soins	30
7.2. Le soutien aux Ehpad	31
7.3. Le développement du partenariat avec les professionnels libéraux	31
7.4. Développer la formation des aides à domicile	31
7.5. La mise en place d'espaces de rencontres autour de situations individuelles problématiques	32
7.6. Le développement d'une palette de logements adaptés	32

1- Introduction

Les données publiées par l’OMS¹ nous interpellent :

- Le vieillissement de la population fait augmenter la prévalence de la démence, qui touche en général 5 % des plus de 65 ans et 20 % des personnes de plus de 80 ans.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux décèdent généralement à un plus jeune âge que le reste de la population, souvent plus de 20 ans plus tôt. Le principal facteur est la prévalence élevée de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, etc.) et les difficultés d’accès au traitement de ces maladies, ainsi que la mauvaise qualité du traitement.

Face à de tels constats, un ensemble de mesures sont prises aussi bien au niveau national que régional (plan national d’accès aux soins, projet régional de santé 2, etc.)

Localement, à Marseille, malgré l’existence de plusieurs dispositifs, les remontées des professionnels de première ligne restent pour le moins préoccupantes :

- 1/3 des situations suivies par les Réseaux Santé Mentale et Logement (RSML) sont des situations de personnes âgées de plus de 60 ans. La plupart d’entre elles restent sans réponse, faute d’interlocuteurs, de liens continus avec les individus et/ou de solutions adaptées.
- Les 18 ateliers interprofessionnels menés dans le cadre du projet MAIA Marseille en 2016 confirment ces constats : les participants, issus du secteur social, médico-social ou sanitaire, ont systématiquement évoqué des **difficultés d’accès aux soins et/ou aux aides pour les personnes présentant des troubles psychiques**, diagnostiqués ou non. Les raisons de ces difficultés d’accès aux soins et/ou aux aides sont multiples :
 - manque d’interlocuteur sur le long terme
 - difficulté à savoir « qui fait quoi »
 - cloisonnement entre les professionnels
 - impossibilité pour la personne de sortir de son domicile
 - refus de la personne, etc.

L’amélioration du parcours de soins et d’aides des personnes âgées constitue donc un enjeu **de santé publique**, qui concerne aussi bien les acteurs et financeurs du champ social, médico-social que sanitaire.

Dans ce contexte, le Conseil d’Orientation en Santé Mentale (COSM), l’équipe MAIA Marseille, et l’URIOPSS PACA et Corse se sont associés pour mener un état des lieux :

- de l’offre existante
- des problématiques rencontrées par les acteurs du territoire marseillais

... et identifier des axes de travail pour améliorer le parcours de soins et d’aides des personnes vieillissantes avec des troubles psychiques.

1 Aide-mémoire sur la santé mentale, CR63 Bureau régional de l’OMS pour l’Europe

Ce document de synthèse n'est qu'une première étape du projet COSM – MAIA – URIOPSS et se veut être une **base de travail** pour l'ensemble de leurs partenaires.

2- Méthodologie

Les objectifs de cet état des lieux territorial sont :

- de connaître la part de la population âgée de plus de 60 ans prise en charge par les établissements sanitaires spécialisés en psychiatrie ou qui disposent d'un service de psychiatrie (en ambulatoire et en hospitalisation complète)
- d'identifier l'offre existante pour les personnes vieillissantes avec des troubles psychiques
- de comprendre les freins et leviers de la prise en charge des personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques sur leurs lieux de vie.

Pour réaliser cet état des lieux, nous avons combiné deux stratégies:

- Le recueil de **données quantitatives et statistiques** extraites des bases de données suivantes :
www.sirsepaca.org/

Nous avons également sollicité les Départements d'Information Médicale (DIM) des établissements suivants :

- Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
 - Centre Hospitalier Spécialisé Valvert
 - Centre Hospitalier Edouard Toulouse
 - Centre Gériatrique Départemental
- La réalisation d'**entretiens avec des professionnels marseillais**
25 entretiens d'1h à 2h30 heures ont été menés avec des professionnels du territoire issus du secteur social, médico-social ou sanitaire qui accompagnent de manière régulière des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou des patients présentant des troubles psychiques.

Les questions posées étaient les suivantes :

- Dans le cadre de votre pratique professionnelle, la prise en charge ou l'accompagnement de personnes âgées présentant des troubles psychiques constitue-t-elle un enjeu particulier? Si oui, lequel ?
- Dans vos pratiques, quelles sont les difficultés que vous rencontrez et quels sont les leviers sur lesquels vous vous appuyez dans l'accompagnement de ce public ?
- Quelle est la lecture que vous en faites ? Comment est-ce que vous les interprétez?

- Selon vous, quelles sont les actions à mettre en place pour améliorer la prise en charge de ce public ?

Les professionnels rencontrés sont les suivants :

Date	Nom / prénom	Fonction	Organisation / institution
12/04/2017	Dr. M. Hodgkinson	Psychiatre	CH E. Toulouse
21/04/2017	Dr J. Aiguier	Psychiatre	CH Valvert
31/08/2017	Pr S. Bonin-Guillaume	Gériatre	AMU + AP-HM
04/09/2017	Dr D. Pembedjoglou + Mme L. Masson	Gériatre + Cadre de santé	Hôpital européen – Equipe Mobile Gériatrique
07/09/2017	B. Rozier + L. Monin	Infirmière + Ergothérapeute	SSIAD Soins et liberté
08/09/2017	A. Ruibanys + D. Morel	Adjoint de direction et directeur adjoint	EHPAD Saint Barthelemy
08/09/2017	M. Chatron Collet	Directeur	SSIAD Joie de Vivre
25/09/2017	P. Virgile	Directeur	EHPAD les jardins de Sormiou
27/09/2017	A. Calace	Responsable Pôle service à domicile	Service à Domicile Sauvegarde 13
28/09/2017	Dr C. Fajula	Psychiatre	AP-HM Conception
04/10/2017	Dr C. Franqui	Gériatre	CGD - UCC et CSA
04/10/2017	C. Tichit + F. El Rouah	Responsable service évaluation des aides APA + Travailleur social	CD 13 Service APA
05/10/2017	Dr Quilichini	Psychiatre	Médecin libéral + CH E. Toulouse
12/10/2017	S. Lepeltier + E. Laplace + L. O'shangnessy	Chargée des aides aux seniors + Directrice adjointe + Cadre agence Chartreux	CCAS
13/10/2017	Aurélie LANATA	Directrice	EHPAD Saint Joseph La salette
19/10/2017	J.F. Renaud + L. Bereni + Dr A. Delcour + L. Cantonnet + A. Itrac	Equipe de l'Unité Mobile de Gérontopsychiatrie	CH Valvert
24/10/2017	M. Montagne	Directeur	SSIAD SAJ
13/11/2017	Pr Alessandrini + Dr Miellot + Dr Giudicelli	Vice-Président - Responsable délégué à la Présidence + Secrétaire Général + Elu Titulaire	Ordre des médecins
16/11/2017	E. Labeyrie	Coordinatrice	Equipe Marss - AP-HM

22/11/2017	Dr J.M. Henry	Chef de service	AP-HM Conception - service des urgences
23/11/2017	M. Berchiche + R. Tir + Dr M. Belahda	Coordonnateur + Travailleur social + Médecin	AP-HM - Équipe de santé communautaire
29/11/2017	Dr A.L. Couderc	Gériatre	GCS PGAM - Réseau gérontologique Sud
29/11/2017	F. Claustre + F. Poulain	Présidente + Secrétaire	URPS IDE
11/12/2017	Dr N. Besson	Psychiatre libérale, élue	URPS ML
19/12/2017	M. N'Bom + M. Kammerlocher	Chef de service + Directeur	CHRS Forbin

La synthèse de ces entretiens sont présentées dans les parties 5 à 7 de ce document.

3- La population cible et l'offre de soins existante

3.1. La population cible

A Marseille, 23% de la population est âgée de plus de 60 ans.

<i>Population municipale - 2013</i>	<i>Population des 60 ans ou plus - 2013</i>	<i>Part de la population âgée de 60 ans ou plus - 2013</i>
855393	201544	23,6
<i>Source : Insee, RP 2013</i>		

Cette moyenne est comparable aux statistiques nationales mais masque des disparités territoriales entre les arrondissements marseillais : dans certains arrondissements, la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans représente jusqu'à 30% de la population (7^{ème}, 8^{ème} et 12^{ème} arrondissements).

<i>Espaces de santé de proximité</i>	<i>Population des 60 ans ou plus - 2014</i>	<i>Part de la population âgée de 60 ans ou plus - 2014</i>
<i>Marseille 1er</i>	7615	19,1
<i>Marseille 2eme</i>	5126	21,4
<i>Marseille 3eme</i>	8159	17,3
<i>Marseille 4eme</i>	12442	25,8
<i>Marseille 5eme</i>	10142	21,8
<i>Marseille 6eme</i>	10044	23,6
<i>Marseille 7eme</i>	11023	31,4
<i>Marseille 8eme</i>	25212	31,6
<i>Marseille 9eme</i>	20755	28,2
<i>Marseille 10eme</i>	12355	22,4
<i>Marseille 11eme</i>	13246	23,3
<i>Marseille 12eme</i>	18053	29,7
<i>Marseille 13eme</i>	20141	22,1
<i>Marseille 14eme</i>	11757	19,1
<i>Marseille 15eme</i>	15417	19,4
<i>Marseille 16eme</i>	4035	24,3
<i>Totaux ou moyennes</i>	205 521	24

Source : Insee, RP 2014

Ces disparités sont confirmées par la répartition des 82 618 personnes âgées de plus de 75 ans **qui représentent « seulement » 6% de la population dans le 1^{er} et le 3^{ème} arrondissement contre plus de 13% dans le 7^{ème} et le 8^{ème} arrondissement.**

L'indice de vieillissement calculé par l'Insee nous donne également des éléments quant à l'hétérogénéité de la répartition de la population âgée de plus de 75 ans à Marseille : dans le 7^{ème} arrondissement, il y a 73 personnes âgées de 75 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, contre 21 dans le 3^{ème}.

3.2. L'offre de soins

Marseille, en tant que deuxième ville de France, concentre une grande part de l'offre de soins et des établissements de santé du département.

3.2.1. En psychiatrie

En psychiatrie, sur les 3 270 lits et places disponibles dans les Bouches du Rhône, 1 843 se trouvent à Marseille et sont répartis au sein de **13 établissements ou services.**

<i>Nombre de lits et places en psychiatrie - Psychiatrie - 2015</i>	<i>Nb. de lits en hospit. compl. en psychiatrie - Psychiatrie - 2015</i>	<i>Nb. de pl. en alternative à l'hospit. compl. en psychiatrie - Psychiatrie - 2015</i>
1843	1241	602

Source : Dress, SAE 2015

En 2016, les établissements marseillais spécialisés en psychiatrie ou disposant d'un service de psychiatrie ont « produit » 606 674 journées d'hospitalisation, tous diagnostics confondus, réparties de la manière suivante :

Raison Sociale	Nombre de journées	Nombre de séjours	Nombre d'actes ambulatoires	Sexe ratio (% homme)	Age moyen	Nombre de patients
HDJ PLOMBIERES	1 752	42	0	80,30%	6,59	23
HDJ LE RELAIS	4 323	562	0	67,50%	14,14	102
MAISON DE SANTÉ DE STE-MARTHE	18 503	294	0	0,00%	54,78	208
CHS EDOUARD TOULOUSE	113 541	3 562	219 957	65,60%	40,68	10 880
CLINIQUE MON REPOS	53 185	1 452	0	41,20%	53,53	1 152
CLINIQUE L'EMERAUDE	53 473	583	0	52,50%	57,37	438

CENTRE DE POST CURE LA BASTIDE	30 447	145	0	74,40%	52,32	115
Raison Sociale	Nombre de journées	Nombre de séjours	Nombre d'actes ambulatoires	Sexe ratio (% homme)	Age moyen	Nombre de patients
CLINIQUE ST-ROCH MONTFLEURY	76 525	1 369	0	57,40%	51,66	940
MAISON DE CONVALESCENCE SPEC.LES 4 SAISONS	36 056	518	0	68,30%	47,3	368
AP-HM	109 279	6 706	154 262	55,40%	40,3	19 546
CLINIQUE DES TROIS-LUCS	41 102	792	0	56,00%	53,37	600
CHS VALVERT	69 194	2 384	166 437	58,40%	40,23	8 430
HÔPITAL D'INSTRUCTION DES ARMÉES LAVERAN	5 169	203	4 219	64,50%	43,75	1 241
TOTAUX	606474	18008	544875	57,04%	48,66 (moyenne hors HDJ Plombières et HDJ le Relais)	44043
<i>Source : RIMP PSY, ATIH, 2016</i>						

Les 12 Centres Médico-Psychologiques marseillais se répartissent de la manière suivante :

Arrondissement	Secteur	Intitulé et adresse	Code postal
1er et 2ème	13G11	CHET CMP Pressensé 39 rue Francis de Pressensé	13001
2ème et 3ème	13G12	CHET CMP Belle de Mai 150 rue de Crimée	13003
4ème	13G04	APHM CMP Lafon / Service Dr. Chabannes 9 rue Lafon	13006
5ème et 6ème	13G02	APHM CMP Lafon / Service Dr. Dassa 9 rue Lafon	13006
6ème et 7ème	13G03	APHM CMP Lafon / Service Dr. Zendijian 9 rue Lafon	13006
8ème	13G05	APHM Consultations du Service Prof. Azorin 249 et 270 Boulevard Sainte Marguerite	13009
9ème	13G06	APHM Consultations du Service du Prof. Lançon	13005

		147 Boulevard Baille	
10ème	13G01	APHM CMP Sainte Baume 40 rue Sainte Baume	13010
11ème	13G07	CH Valvert CMP Saint Marcel 2 rue Traverse Notre Dame	13011
12ème	13G08	CH Valvert CMP Saint Barnabé 101 Avenue des Caillols	13012
13ème	13G13	CHET CMP Secteur 13 1A rue Sainte Agnès	13004
14ème	13G14	CHET CMP Secteur 14 3 chemin Saint Joseph à Sainte Marthe	13014
15ème	13G15	CHET CMP La Viste 43 avenue de La Viste	13015
15ème et 16ème	13G16	CHET CMP Le Parc 50 avenue André Roussin	13016

L'âge moyen des patients accueillis par les établissements de santé spécialisés en psychiatrie (hors établissements ou services qui accueillent exclusivement des enfants) est de **48, 6 ans**.

Pour autant, à Marseille, **un seul établissement sanitaire dispose d'une filière de soins complète en géro-psi-chiatrie : le CH Valvert**. Elle comprend les services suivants :

- Une unité d'hospitalisation temps plein dite « l'Etoile »: 21 lits sectorisés sur les 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements
- 2 services ambulatoires localisés à Aubagne : 1 CMP de la personne âgée et 1 Hôpital de jour de 25 places.
- Une Unité Mobile de Géro-psi-chiatrie intersectorielle (UMGP), intervenant sur tout Marseille.

A l'échelle départementale, cette offre spécialisée en gérontopsychiatrie est complétée par d'autres services mais reste toutefois limitée :

- Le CH Edouard Toulouse n'a pas de dispositif dédié mais assure une consultation à l'Ehpad Saint Georges
- L'AP-HM a mis en place une demi-journée de consultation spécialisée hebdomadaire intersectorielle
- Le CH Montperrin dispose d'un Hôpital de Jour de 11 places situé à Gardanne

- Le CH Arles a un dispositif d'infirmiers référents dans chaque CMP (centre médico-psychologique) qui se rend dans les établissements pour personnes âgées

3.2.2. En gériatrie

En gériatrie², on dénombre à 440 le nombre de lits de **court séjour gériatrique** sur les Bouches du Rhône. Parmi eux **161 sont localisés à Marseille et répartis au sein de 6 établissements** :

- APHM Nord : 25 lits
- APHM Sud : 25 lits
- Centre Gérontologique Départemental : 43 lits (30 lits de Court Séjour Gériatrique et 13 lits de Court Séjour Alzheimer)
- Centre Cardio-vasculaire Valmante : 33 lits
- Clinique Vert Coteau : 10 lits
- Hôpital privé Beauregard : 25 lits

Après des services d'urgence et des services non gériatriques, il existe **4 Équipes Mobiles Gériatriques** internes, rattachées à 4 établissements :

- APHM Nord
- APHM Timone
- Hôpital Européen
- Hôpital Saint Joseph

Pour compléter cette offre, une expérimentation d'**équipe mobile gériatrique externe dédiée aux EHPAD** est mise en place par l'APHM.

Sur le domicile, **4 réseaux gérontologiques**, rattachés au GCS "Parcours Gérontologique de l'Agglomération marseillaise", sont chargés d'effectuer, à la demande des médecins traitants, une évaluation gérontologique et de mettre en place un Plan Personnalisé de Soins.

Une "**hotline gériatrique**" a également été mise en place récemment pour répondre aux demandes d'expertise des médecins traitants.

Marseille dispose également de **2 hôpitaux de jour dédiés à l'évaluation gériatrique** :

- APHM Sud
- Centre Gérontologique Départemental

Concernant les **soins de suites**, on décompte dans les Bouches du Rhône 827 lits pour les personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, dont **402** à Marseille répartis de la manière suivante :

- Centre Gérontologique Départemental : 51 lits, dont 11 en « Unité Cognitivo-Comportementale »
- APHM Sud : 62 lits
- Clinique Phocéenne Sud : 80 lits
- Clinique Madeleine Rémuzat : 129 lits

² Source : données transmises par l'ARS le 27 février 2018

- Clinique de la Salette : 80 lits

Enfin, les **Unités de Soins de Longue Durée** marseillaises sont réparties de la manière suivante :

- Centre Gérontologique Départemental : 124 lits
- Hôpital Européen : 30 lits
- Centre Gérontologique Val de Regny : 74 lits

Cette offre de soin est complétée par un ensemble de **services relevant du secteur social et médico-social dédiés à la coordination des soins et des aides** (les réseaux gérontologiques, le service de gestion de cas, les Pôles Info Seniors, etc.), à **l'hébergement des personnes âgées** (EHPAD, résidences autonomie, résidences services...) ou à la **prise en charge de jour de personnes souffrant de maladies neurogénéralives** (Equipes Spécialisées Alzheimer, répit à domicile, accueils de jour, plateforme de répit...).

3.2.3. En médecine libérale

Psychiatres

La **densité de psychiatres libéraux** pour 100 000 habitants à Marseille est **8 fois plus élevée que la moyenne nationale**, et 3 fois plus élevée que la moyenne régionale.

Les **psychiatres libéraux sont très inégalement répartis** sur la ville de Marseille : la moitié d'entre eux sont sur les 6^{ème} et 8^{ème}. Il n'y a « que » 17 psychiatres libéraux sur les arrondissements du Nord de la Ville (13, 14, 15^{èmes} arrdts), et aucun dans les 3^{ème} et 16^{ème} arrondissements.

Source	Territoire	Nb. de médecins spécialistes lib. par principale spécialité - Psychiatrie - 2017	Dens. de médecins spécialistes lib. par principale spécialité - Psychiatrie - 2017
DRSM Paca-Corse	1 ^{er}	43	107,9
	2 ^{ème}	3	12,5
	3 ^{ème}	0	0
	4 ^{ème}	17	35,2
	5 ^{ème}	10	21,5
	6 ^{ème}	52	122
	7 ^{ème}	7	19,9
	8 ^{ème}	72	90,1
	9 ^{ème}	7	9,5
	10 ^{ème}	3	5,4

	11 ^{ème}	7	12,3
	12 ^{ème}	9	14,8
	13 ^{ème}	7	7,7
	14 ^{ème}	4	6,5
	15 ^{ème}	6	7,6
	16 ^{ème}	0	0
	Marseille Total	247	29,6
	Bouches-du-Rhône	365	18,2
	PACA	716	10,3
Cnom, Insee	France	3205	3,5

La densité de psychiatres exerçant en tant que salariés est relativement élevée dans les Bouches du Rhône : elle est de 15 psychiatres salariés pour 100 000 habitants dans les Bouches du Rhône contre 10 psychiatres salariés pour 100 000 habitants au national.

<i>Territoire</i>	<i>Spécialistes par qualification - PSYCHIATRIE - 2017</i>	<i>Densité médicale par qualification tous modes d'exercice en activité régulière - PSYCHIATRIE - 2017</i>	<i>Spécialistes salariés - PSYCHIATRIE - 2017</i>	<i>Densité médicale par qualification en exercice salarié - PSYCHIATRIE - 2017</i>
Bouches-du-Rhône	574	28,4	297	14,7
PACA	1166	18,8	607	10,5
France	12583	14,9	7939	9,9
Source : CNOM, Insee				

Gériatres

Le nombre de gériatres par commune n'est pas disponible.

Toutefois, il semblerait que la densité de gériatres dans les Bouches de Rhône et en PACA soit **inférieure à la moyenne nationale et qu'ils soient majoritairement salariés.**

<i>Territoire</i>	<i>Nombre de spécialistes par qualification - GERIATRIE - 2017</i>	<i>Densité médicale par qualification tous modes d'exercice en activité</i>	<i>Nombre de spécialistes libéraux - GERIATRIE - 2017</i>	<i>Densité médicale par qualification en exercice libéral exclusif -</i>	<i>Nombre de spécialistes salariés - GERIATRIE - 2017</i>	<i>Densité médicale par qualification en exercice salarié - GERIATRIE -</i>

		<i>régulière - GERIATRIE - 2017</i>		<i>GERIATRIE - 2017</i>		<i>2017</i>
Bouches- du-Rhône	25	13,2	1	0,5	20	10,6
PACA	92	17	3	0,33	84	16
France	1775	25,46	35	0,71	1697	24,18
Source : CNOM, Insee						

4- La prise en charge sanitaire des patients âgés dans les hôpitaux psychiatriques et au Centre Gérontologique Départemental

4.1. Le CH Valvert

Sur la totalité de ses lits en **hospitalisation complète**, le CH Valvert a accueilli **282 patients âgés de plus de 60 ans** en 2016 (25% de la patientèle en hospitalisation complète), dont 90 étaient âgés de plus de 75 ans.³ Un peu moins de 30% d'entre eux étaient domiciliés dans le 11^{ème} et le 12^{ème} arrondissements.

En **ambulatoire**, le CH Valvert a réalisé **30 502 actes pour des patients âgés de 60 ans et plus (soit environ 30 % du nombre total d'actes réalisés en ambulatoire)**. Ces actes concernent 1911 patients de plus de 60 ans, soit 33% de la totalité des patients reçus en ambulatoire. Notons que 42% de ces soins étaient prodigués à des patients domiciliés à Marseille pour des services ambulatoires de gérontopsychiatrie du CH Valvert situés à Aubagne (1 CMP et 1 Hôpital de Jour).

Sur la totalité des patients de plus de 60 ans suivis par le CH Valvert en 2016, voici la répartition des diagnostics principaux :

Diagnostic Principal : Pathologies des patients de 60 ans et plus	Total	Total en %
F0 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	233	12%
F1 : : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	68	3%
F2 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	320	16%
F3 : Troubles de l'humeur [affectifs]	491	25%
F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	387	19%
Autres diagnostics principaux	245	12%
Patients avec un Diagnostic Principal	1676	84%
Patients sans Diagnostic Principal	313	16%
Totaux	1989	100%
<i>Source : Données RIMPsy 2016 - Etude portant sur les patients ayant atteint 60 ans ou au delà en 2016, donc nés avant 01/01/1957 - DIM - Dr Guinard - Enquête COSM</i>		

³ Source : Données RIMPsy 2016 - Etude portant sur les patients ayant atteint 60 ans ou au-delà en 2016, donc nés avant 01/01/1957 - DIM - Dr Guinard - Enquête COSM

Parallèlement, en 2016, l'**Unité Mobile de Géroto Psychiatrie (UMGP)** a accompagné **446 patients**⁴ et effectué 2480 actes.

71% des patients accompagnés ont plus de 75 ans, et **60% ont plus de 80 ans**. La majorité des patients **vit seule** : 75% sont célibataires, divorcés, veufs ou séparés.

L'unité mobile intervient dans **tous les secteurs psychiatriques de la ville de Marseille**. Les patients ayant bénéficié d'une évaluation pluridisciplinaire dépendent pour :

- 41,82 % des secteurs du CH Edouard Toulouse
- 30 % des secteurs du CH Valvert
- 28,18 % des secteurs de l'APHM

A la suite de l'évaluation gérontopsychiatrique par l'UMGP, il s'avère que :

- 62% des patients souffrent d'une pathologie psychiatrique,
- 38% de troubles mentaux organiques.

Il s'agit de **troubles de l'humeur (31%)** avec une prévalence d'états dépressifs pouvant être associés à des idées suicidaires et de troubles délirants et hallucinatoires (13%).

Les autres diagnostics relèvent de **troubles névrotiques** liés au stress et somatoformes, de **troubles de la personnalité** (17%) ou de **troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives** (1%).

4.2. Le CH Edouard Toulouse

Sur la totalité de ses lits en **hospitalisation complète**, le CH Edouard Toulouse a accueilli **198 patients âgés de plus de 60 ans** en 2016, dont 34 âgés de plus de 75 ans⁵.

Les patients âgés de plus de 60 ans représentent **11% de la patientèle en hospitalisation complète**.

En **ambulatoire**, le CH Edouard Toulouse a réalisé **20 277 actes pour des patients de 60 ans et plus (soit un peu moins de 10 % du nombre d'actes total réalisé en ambulatoire)**, dont 84% dirigés envers des patients domiciliés sur les secteurs dont relèvent le CH Edouard Toulouse (1, 2, 3, 13, 14, 15, 16^{èmes} arrdts). Ces actes concernent 1252 patients de plus de 60 ans, soit 12% de la totalité des patients reçus en ambulatoire.

4 Rapport d'activité de l'UMGP – Année 2016

5 Source : Données RIMPsy 2016 - Étude portant sur les patients ayant atteint 60 ans ou au-delà en 2016, donc nés avant 01/01/1957 - DIM - Dr OLIVIER - Edité le 03/08/17 - Requête Enquête COSM V02

Sur la totalité des patients de plus de 60 ans suivis par le CH Edouard Toulouse en 2016, voici la répartition des diagnostics principaux :

Diagnostic Principal : Pathologies des patients de 60 ans et plus	Total	Total en %
F1 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	79	6%
F2 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	372	27%
F3 : Troubles de l'humeur [affectifs]	353	26%
F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	159	12%
Autres diagnostics principaux	165	12%
Patients avec un Diagnostic Principal	1204	89%
Patients sans Diagnostic Principal	152	11%
Totaux	1356	100%
Source : Données RIMPsy 2016 - Etude portant sur les patients ayant atteint 60 ans ou au delà en 2016, donc nés avant 01/01/1957 - DIM - Dr OLIVIER - Edité le 03/08/17 - Requete Enquete COSM V02		

4.3. L'AP-HM

Sur la totalité de ses lits en **hospitalisation complète**, les services psychiatriques de l'APHM ont accueilli **509 patients âgés de plus de 60 ans** en 2016 (**16% de la patientèle en hospitalisation complète**), dont 38 âgés de plus de 75 ans.

Les patients âgés de plus de 60 ans représentent En **ambulatoire**, les services psychiatriques de l'APHM ont réalisé **22981 actes pour des patients de 60 ans et plus (soit 15 % du nombre d'actes total réalisé en ambulatoire)**, dont 68% dirigés envers des patients domiciliés sur les secteurs psychiatriques dont relèvent les services psychiatriques de l'APHM (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10èmes arrdts). Ces actes concernent 2989 patients de plus de 60 ans, soit 16% de la totalité des patients reçus en ambulatoire.

Sur la totalité des patients de plus de 60 ans suivis par les services psychiatriques de l'APHM en 2016, voici la répartition des diagnostics principaux :

Diagnostic Principal : Pathologies des patients de 60 ans et plus	Total	Total en %
F0 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	43	1,3
F1 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	76	2,3
F2 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	509	15,5
F3 : Troubles de l'humeur [affectifs]	1328	40,4
F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	132	4,0
F5 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	33	1,0
F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	62	1,9
F7 : Retard mental	3	0,1
F8 : Troubles du développement psychologique	9	0,3
F9 : Trouble mental ou Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance	199	6,1
G3 : Autres affections dégénératives du système nerveux	52	1,6
I1 : Maladies hypertensives	41	1,2
R4 : Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement	74	2,3
T3 : Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	17	0,5
Zx : Facteurs influant sur l'état de santé OU motifs de recours aux services de santé	706	21,5
Patients avec un Diagnostic Principal	3284	100
<i>Source : Données RIMPsy 2016 - Etude portant sur les patients ayant atteint 60 ans ou au delà en 2016, donc nés avant 01/01/1957 - DIM -ALEXANDRA MURCIA -APHM - Requete Enquete COSM V02</i>		

4.4. Le Centre Gérontologique Départemental

Par définition, quasi 100% des patients hospitalisés au Centre Gérontologique Départemental ont plus de 60 ans.

En 2016, sur les 1169 **séjours** enregistrés pour l'activité de médecine (service de Court Séjour Gériatrique, Court Séjour Alzheimer et Hôpital de jour) du Centre Gérontologique Départemental en 2016, 872 (52,2%) relevaient de la catégorie majeure de diagnostic 19 « Troubles mentaux ».

Pour autant, le Centre Gérontologique Départemental n'est pas un établissement sanitaire spécialisé en psychiatrie. En effet, la quasi-totalité des 872 séjours qui relèvent de la dite catégorie concerne des **patients atteints de maladies neuro-dégénératives**.

Dans ces nombreux cas de figure, l'expression de ces maladies est la suivante : délires, hallucinations, troubles du comportement, troubles dépressifs ou de l'humeur ; autant de symptômes similaires à ceux rencontrés en psychiatrie.

Au-delà du traitement statistique des séjours, ceci démontre la **porosité des frontières entre les différentes disciplines de médecine : gériatrie, psychiatrie et neurologie, entre autres**.

Cependant, la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie neuro-dégénérative diffère beaucoup de la prise en charge de patients atteints de maladies psychiatriques « uniquement ». C'est pourquoi, l'existence de **services différenciés (gériatrie / géronto-psychiatrie) et la mise en place de collaborations intenses entre les professionnels sont fondamentales**.

Parmi les 872 séjours de médecine relevant de la CMD19, 669 (76%) concernaient des patients marseillais. Les codes postaux les plus fréquemment enregistrés étaient les suivants : 4, 5, 12, 13 et 15èmes arrondissements (respectivement 10%, 7%, 22,8%, 11,6%, 9,4%).

Code DP	Libellé du DP	Effectif	%
F00	Démence de la maladie d'Alzheimer (n=258)	258	29,59
R54+8	Autres états de sénilité sans mention de psychose	113	12,96
F688	Autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte	110	12,61
F0670	Trouble cognitif léger non associé à un trouble physique	103	11,81
F01	Démence vasculaire (n=98)	98	11,24
F03	Démence sans précision (n=41)	41	4,70
F32	Episodes dépressifs (n=32)	39	4,47
F058	Autres formes de délirium	31	3,56
F40- F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (n=31)	31	3,56
	Troubles délirants persistants (n=26)	26	2,98
F319	Trouble affectif bipolaire SAI, sans précision	6	0,69
F508	Autres troubles de l'alimentation non organique	6	0,69
F0230 1	Démence moyenne de la maladie de Parkinson sans symptôme supplémentaire	5	0,57
F068	Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique	5	0,57
Total général		872	100,00
<i>Source : Etude portant sur les séjours 2016 - DIM – Centre Gériatrique Départemental - Ophélie BOULOGNE</i>			

5 - Les constats et difficultés rencontrés par les professionnels

Nous avons ici répertorié les constats et difficultés qui ont été évoqués de manière récurrente par nos interlocuteurs.

5.1. Des situations souvent “complexes”

Pour la plupart des professionnels, la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques renvoient souvent à des situations complexes, dans la mesure où il s’agit d’une population qui concentre souvent une ou plusieurs des problématiques suivantes:

- Une tranche d’âge où la **mobilité se réduit** de manière structurelle
- Une intrication récurrente des **problèmes psychiatriques, neurologiques et somatiques**
- Des **troubles dépressifs** très présents et sous-accompagnés (statiquement, on considère que 10% des personnes de plus de 75 ans présentent troubles dépressifs, soit 10 000 personnes sur Marseille)
- Des situations de **grande précarité**, couplées à des problèmes d’accès et de maintien dans le logement et situations de ruptures de droit
- Des **situations d’incurie** nombreuses... et sans solution
- Des **aidants isolés et épuisés**

5.2. Une offre de soins à développer et structurer

5.2.1. Une offre de psychiatrie publique insuffisante

- L’existence d’une Unité cognitivo-comportementale (UCC) et d’accueil en Court séjour Alzheimer (CSA) est considérée comme une chance pour le territoire marseillais, pouvant **permettre aux services de psychiatrie de se concentrer sur les troubles psychiatriques. Pour certains professionnels** le repérage de la spécificité de l’UCC par rapport aux lits d’hospitalisation en psychiatrie pourrait toutefois être amélioré.
- Avec une seule unité de géronto-psychiatrie à Marseille au sein du CH Valvert, couvrant à Marseille les 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements et une Unité Mobile de Géronto-Psychiatrie (UMGP) intersectorielle, créée en 2012, qui couvre tout Marseille, l’offre de psychiatrie publique dédiée à la prise en charge des sujets âgés est considérée comme **très pauvre**.
- L’UMGP est globalement bien repérée et son délai de réponse généralement jugé satisfaisant par l’ensemble des professionnels interrogés. Pour autant, les professionnels mettent en avant le **sous-dimensionnement de l’UMGP**

en regard des besoins à couvrir - et ce, malgré l'extension de son champ d'intervention aux EHPAD et aux structures de la précarité et le développement d'une activité d'accompagnement des situations sur du court terme.

- Les professionnels des équipes mobiles expriment des difficultés à structurer des passerelles avec les CMP, notamment en raison de l'**absence de référent "personnes âgées" dans les CMP**.
- Les CMP sont considérés comme étant une ressource importante par les professionnels exerçant en ville. Néanmoins, ces derniers mettent en avant d'importantes **disparités de pratiques entre les secteurs** :
 - certains CMP interviennent à domicile et d'autres non
 - certains répondent rapidement et d'autres paraissent inaccessibles (notamment du fait de la saturation des demandes de prise en charge)
 - certains imposent un premier RDV dans les locaux des CMP (ce qui est souvent impossible à organiser pour des personnes à mobilité réduite).
- Les hospitalisations de sujets âgés en psychiatrie adulte « classique » existent. Pour autant, du point de vue des professionnels, elles ne sont pas « évidentes »: la **Crainte de l'occupation d'un lit à long terme** persiste, et globalement l'hospitalisation dans les services de psychiatrie est souvent considérée comme peu adaptée aux personnes vieillissantes. De manière générale, un **manque de lits** adaptés à l'accueil de cette population est mis en avant sur les territoires de l'APHM et du CHET - de même que la nécessité de développer des réponses en termes d'**hospitalisation à domicile**.
- Les professionnels soulignent l'importance et la nécessité de **mieux former les équipes des urgences psychiatriques** à l'accueil des personnes vieillissantes, notamment face à des situations de risque suicidaire.

5.2.2. Un manque d'interlocuteurs médicaux sur les lieux de vie

Les professionnels intervenant à domicile se disent souvent démunis et isolés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées vivant avec des troubles psychiques. Au-delà des difficultés de coopération avec les CMP, c'est un **manque global d'interlocuteurs médicaux** qui est relevé à de nombreuses reprises.

Au domicile

- Il est très difficile d'organiser des **consultations de psychiatres à domicile**, et les médecins généralistes se déplacent de plus en plus rarement à domicile. Le constat est similaire sur d'autres spécialités pourtant jugées importantes pour le suivi des personnes vieillissantes (orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes).
- La prise en charge des personnes vieillissantes est souvent présentée comme **"chronophage" et "peu lucrative"** (prise en charge en ALD) par les professionnels libéraux.

- Pour les personnes sortants d'hospitalisation en psychiatrie, il semble nécessaire de :
 - développer le partenariat des CMP avec les infirmiers libéraux et les SSIAD.
 - développer l'accessibilité des SSIAD dont l'offre est estimée comme étant insuffisante par un certain nombre de professionnels
 - reconsidérer les modalités de financement des actes infirmiers libéraux prescrits par les CMP.
 - reconsidérer les modalités d'intervention des infirmiers libéraux et des SSIAD auprès de ce public (gestion du coucher, intervention de nuit, etc.)
- Les professionnels libéraux rencontrés (médecins et infirmiers) expriment leur **manque de connaissances** (médicales, partenariales etc.), **de légitimité et d'organisation** pour faire face à ce type de prises en charge spécifiques (pas de « pôle ressource » ou de cabinets spécialisés).
- Par ailleurs, il n'existe **pas de ressources médicales dédiées à la prise en charge des troubles du comportement importants à domicile.**
- Les missions **des Equipes Spécialisées Alzheimer sont méconnues ou mal connues et le nombre de séances annuelles** (15 séances) est, globalement, jugé comme insuffisant.
- Il est fait état de la nécessité de développer le **partenariat avec la filière Alzheimer.**

En Ehpad

- A Marseille, aucun EHPAD ne **dispose d'unité spécifique pour les patients présentant des troubles psychiques** (bien que les EHPAD accueillent, de fait, des patients présentant des troubles psychiques).
- On note une forte demande, de la part des EHPAD, à **développer les partenariats avec les psychiatres libéraux dont les interventions sont jugées comme** complémentaires à celles de l'UMPG pour une continuité de soins.
- Certains EHPAD ont des **conventions** avec des établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Pour autant, elles ne sont pas systématiquement suivies ni mises en oeuvre. La signature d'un document n'augure pas de la réalité de la coopération entre les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux. Inversement, il existe des coopérations de grande qualité en dehors de la signature de conventions.

- **En établissement d'hébergement**, la prise en charge des troubles du comportement peut poser problème et conduire à des hospitalisations « évitables » : les **services d'urgences psychiatriques** font part **d'une sur-sollicitation le vendredi soir par les EHPAD dépassés** par les troubles du comportement de certains résidents « en crise ».
- Ce constat rejoint celui des Ehpads accueillant des personnes âgées avec des troubles psychiques qui insistent sur la nécessité d'avoir un **partenariat fort avec la gérontopsychiatrie (UMGP, CMP) notamment pour éviter un passage par les urgences (et/ou une hospitalisation) ou) pour mieux accompagner les sorties d'hospitalisation.**

A la rue ou en structures d'hébergement

- L'UMGP exprime une nette **augmentation du nombre de demandes d'intervention pour des personnes en situation de grande précarité voire à la rue** (CHRS, UHU, Maraude, Équipes mobiles etc.), en particulier en centre-ville, doublée d'une **augmentation du nombre d'expulsions domiciliaires de personnes âgées.**
- **Des équipes mobiles de psychiatrie sous-dotées par rapport à des besoins croissants** : l'UMGP, en particulier, exprime également des difficultés à répondre à l'ensemble de ces demandes. Ces difficultés sont d'autant plus importantes qu'elles s'accompagnent d'une forte rotation au sein des équipes des structures d'hébergement d'urgence (caractère chronophage de la construction du partenariat).
- A la rue, la **mise en œuvre du diagnostic est particulièrement complexe** (difficulté à mobiliser des neurologues et/ou des gériatres), et l'orientation vers les partenaires s'avère parfois difficile en raison de la **difficulté à évaluer l'âge des personnes** (absence de papiers d'identité, vieillissement prématuré).
- Il apparaît nécessaire de **renforcer la coordination des interventions des équipes mobiles** sur le territoire.

5.3. Des problématiques sociales très prégnantes

5.3.1. Précarités et ruptures de droits

- De manière générale, les professionnels hospitaliers font état d'un **manque d'anticipation et de suivi des problématiques sociales par la médecine de ville**, tandis que les médecins libéraux expriment leur difficulté à identifier les **nouvelles missions des travailleurs sociaux au sein des hôpitaux** (qui, auparavant, "s'occupaient de tout").
- Il est fait état d'un **manque de coordination avec/entre les services de la Caisse d'Allocations Familiales et les caisses de retraite** - pouvant conduire à des situations de rupture de droit (fin d'AAH au moment de l'ouverture des droits à la retraite) ou de mise sous tutelle (personnes âgées en situation de grande précarité/à la rue).

- Les **champs d'intervention des structures d'accompagnement social sont présentés par les professionnels comme peu lisibles**, notamment pour les Maisons Départementales de la Solidarité (MDS) et le CCAS (sentiment que les services "se renvoient la balle").

5.3.2. Une absence d'offre de logements adaptés

- Les Ehpad qui mènent une politique volontariste d'accueil des personnes vivant avec des troubles psychiques font état d'un **manque de places à l'aide sociale**. Ce constat rejoint celui des intervenants à domicile pour qui le **coût financier des EHPAD** (question du "reste à vivre") constitue un frein réel d'entrée en EHPAD (malgré un maintien à domicile impossible).
- Les professionnels rencontrés évoquent également un **manque logements adaptés pour les personnes vieillissantes sans logement personnel**, et pour lesquelles le mode de vie des Ehpad n'est pas adapté.
- Le nombre de **places en Maisons d'Accueil Spécialisées** est jugé trop limité et la **politique d'accueil des maisons relais/foyers de vie souvent très restrictive** (question du niveau d'autonomie des personnes).
- Les professionnels abordent également la problématique **de l'augmentation des malades jeunes en perte d'autonomie**, et pour lesquels il n'existe ni de lit d'aval ni de solution d'hébergement.
- Les médecins libéraux partagent leur difficulté à trouver des **solutions d'hébergement temporaire** pour leurs patients.

5.3.3. Des aidants en difficulté

Les professionnels qui interviennent à domicile insistent sur la nécessité de **prendre en compte le contexte familial** des personnes vieillissantes pour permettre une prise en charge globale des situations:

- certains proches aidants sont parfois eux-mêmes dans le déni de la maladie, ce qui retarde ainsi le délai de prise en charge et/ou de la mise sous tutelle.
- Le vieillissement des aidants naturels est également abordé et pose la question de l'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques (diagnostiqués ou non).
- dans d'autres situations encore, la personne âgée joue le rôle d'employeur d'un mandataire qui peut appartenir au cercle familial ou proche - avec un risque de glissement vers des situations de maltraitance.

5.3.4. Des cas de maltraitance nombreux et peu accompagnés

- Les professionnels qui interviennent à domicile, justement, font état d'un **nombre important de situations de maltraitance (physique, psychique, par négligence)**, et d'un nombre important de signalements adressés aux médecins (généralistes, spécialistes), voire à l'ARS ou au Procureur -

l'absence de réaction de la part des tutelles étant considérée comme incompréhensible voire "choquante".

- Par ailleurs, les équipes des Ehpad peuvent se sentir isolées en cas d'événement indésirable, notamment vis-à-vis de l'ARS. Des demandes quant à la réalisation d'un **état des lieux des événements indésirables** et d'amélioration du partenariat avec l'ARS sont faites par certains professionnels rencontrés

5.4. Des situations d'incurie "sans solution"

- Au domicile, les intervenants ne trouvent ni d'interlocuteurs ni de pistes de solutions pour des personnes présentant des **troubles de l'accumulation compulsive**, de type Diogène.
- Parmi eux, les **aides à domicile** apparaissent particulièrement isolés, dès lors qu'ils constatent une situation de ce type chez une personne ne bénéficiant d'aucune prise en charge (sociale, médicale etc.) et ont des difficultés à être entendus par les autres professionnels (médecins généralistes, psychiatres, familles, ARS etc.).
- Cette situation d'isolement est d'autant plus forte que les professionnels peuvent avoir le sentiment que « **les signalements n'aboutissent à rien** » (du fait du manque de lisibilité et/ou de ressources).
- En particulier, le traitement des **signalements pour insalubrité** par le Service santé de la Ville de Marseille apparaît comme étant mal connu et mal compris (sentiment de longueur et de manque d'efficacité).
- Ces situations génèrent des difficultés à différents niveaux, notamment pour les intervenants sociaux et nécessitent des formations sur ces problématiques.
- Pour les personnes qui bénéficient d'une prise en charge conjointe par plusieurs professionnels, les **difficultés de compréhension et de langage communs** persistent, les professionnels du champ médical regrettant d'être interpellés sur des situations de "risque potentiel" alors que, du point de vue de la psychiatrie, un syndrome de Diogène peut être contenu.
- Plus généralement, le suivi des situations de personnes présentant des troubles d'accumulation compulsives, **en situation d'isolement et avec des ressources financières limitées** (pour un placement en Ehpad ou, plus simplement, le paiement de l'intervention de services de nettoyage) s'avère particulièrement complexe - y compris du point de vue des réseaux gérontologiques.

5.5. Des cloisonnements et un manque de lisibilité à tous les niveaux

Les professionnels les plus mobilisés sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie vivant avec des troubles psychiques font état de l'éclatement des politiques dans ce champ. Au niveau local, l'engagement d'une

démarche conjointe par la Maia Marseille, le Cosm et l'Uriopss a été bien accueillie - témoignant d'un effort de coordination entre ces champs d'action publique.

Pour autant, les professionnels mettent l'accent sur les **nombreux cloisonnements, facteurs de ruptures potentielles dans les parcours**. Au-delà du constat général de cloisonnement entre la ville et l'hôpital, le médical et le médicosocial, notons que :

- Les **tranches d'âge** des populations ne sont pas définies de manière cohérente par les différentes politiques : UMGP à partir de 65 ans, réseaux gérontologiques à partir de 75 ans, filière sociale à partir de 60 ans etc.
- Les **spécialités médicales** concernées (psychiatrie, neurologie, gériatrie) sont cloisonnées et dialoguent peu entre elles. Il existe un **manque de culture gériatrique en psychiatrie** et un **manque de culture psychiatrique en gériatrie**. De même, le dialogue entre psychiatres et neurologues est souvent inexistant (voire impossible à mettre en place, comme dans le cas des personnes vivant à la rue), mis à part dans les Ehpad où il peut être favorisé par les médecins coordinateurs.
- Il s'ensuit des **“raccourcis” dans le processus diagnostique**, en particulier pour les personnes vieillissantes qui n'ont pas bénéficié auparavant d'un diagnostic psychiatrique et se voient systématiquement rangées dans la catégorie de la “démence” - sans faire l'objet d'investigation psychiatrique. A l'inverse, pour les patients vieillissants mais bénéficiant déjà d'un suivi psychiatrique, il apparaît compliqué d'élargir le dialogue avec des neurologues et/ou des gériatres.
- L'**intrication avec les problèmes somatiques**, à considérer de manière particulière dans cette population, apparaît souvent inextricable du fait du manque de dialogue entre la médecine organique et la psychiatrie - dont découlent des difficultés de coordination des interventions.
- L'**accompagnement social et médico-social est marqué par de nombreuses discontinuités**, du fait de la multiplicité des intervenants (Caf, Carsat, hôpitaux, Ehpad, Ccas, pôle infos sénior etc.), de leur méconnaissance respective (en particulier Ehpad/hôpitaux), et de l'absence de culture et de pratique du partage d'informations entre ces différentes structures.
- Les **aides à domicile**, souvent en première ligne et au plus proche des personnes concernées, se sentent isolées et souvent en grande difficulté (y compris du point de vue de la sécurité de leurs interventions et conditions de travail).

La nécessité d'améliorer la coordination des interventions sur les situations complexes

- Tous les professionnels font état de la nécessité d'**améliorer la coordination des interventions (intervenants, transports, médication)** autour de la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec des troubles psychiques.
- Pour autant, les médecins et psychiatres libéraux expriment leur difficulté à dégager du temps pour participer ou initier une coordination des interventions (avec la famille, les SSIAD, entre eux etc.). De même, chez les acteurs à

domicile, **le nécessaire temps de coordination avec les autres acteurs n'est pas valorisé financièrement.**

- **Les espaces ou dispositifs de coordination des interventions qui existent déjà sur le territoire ne sont, globalement, pas assez lisibles** (peu de personnes éligibles sur la "gestion de cas"; partenariat Maia/pôle info seniors à renforcer; méconnaissance des RSML) **ou exclusifs** de certains professionnels (aides à domicile).
- On note un sentiment d'isolement des professionnels dans la **gestion de situations de crise, de type "passage à l'acte suicidaire" ou dans la prise en charge de publics spécifiques, de type "sortants de prison"**. Les professionnels sont en demande de mise en place d'espaces de rencontres spécifiques pour améliorer le suivi de ces situations/publics.
- Les professionnels, en particulier libéraux, sont en demande d'**outils synthétiques et pratiques**, décrivant l'offre existante sur le territoire marseillais - de type "Guide de la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie à Marseille" ou "Guide de la santé mentale à Marseille".

5.6. Un besoin de formation chez tous les professionnels

- Il existe des **représentations négatives** autour des personnes souffrant de troubles psychiques, âgées de surcroît. Cela induit des « non prises en charge » ou la « non prise en compte » des troubles psychiques parce que le sujet est âgé.
- **Le manque de formation initiale et continue** sur les troubles psychiques des sujets âgés est évoqué de manière récurrente, dans tous les corps de métiers et en particulier chez :
 - les professionnels libéraux : généralistes, gériatres, psychiatres, infirmiers
 - les équipes hospitalières (CMP et urgences)
 - les équipes en Ehpad, et en particulier les médecins coordinateurs
 - les aides à domicile

6 - Les leviers d'amélioration

Le contexte marseillais est riche de ses dynamiques et de ses expériences. Pour développer de nouvelles initiatives, il faudra « capitaliser » sur ce terreau particulièrement fertile.

6.1. L'offre de soins

Sur le territoire marseillais, 2 structures constituent aujourd'hui les piliers pour l'organisation des soins:

- la **filière gérontopsychiatrie du CH Valvert, complétée par une UMGP** dont l'utilité est reconnue par tous : dans le soutien apporté aux équipes des établissements et aux professionnels libéraux, dans la mise en place d'un parcours de soins, dans l'évaluation de situations, pour favoriser des relais adaptés.
- le **CGD** qui dispose de la seule « Unité Cognitivo-Comportementale » et du seul « Court Séjour Alzheimer » des Bouches du Rhône. Cette ressource permet aux professionnels de la gérontopsychiatrie du CH Valvert de se « concentrer » sur les problématiques psychiatriques des sujets âgés. Toutefois, les « frontières » entre la gériatrie et la psychiatrie n'étant pas toujours opérantes, la **bonne coopération entre les équipes du CGD et du CH Valvert** favorise cette complémentarité au quotidien, au chevet du patient.

Par ailleurs, de nouvelles ressources structurantes se développent sur le territoire.

Ainsi,

- en janvier 2017, le CGD a inauguré un **nouvel hôpital de jour, dit « hôpital cognitif et comportement »**, qui complète les services dédiés aux troubles cognitifs déjà existants au sein du CGD.
- le GCS PGAM a développé, en lien avec l'AP-HM, un **projet de télé-médecine qui concerne, entre autres, les troubles psycho-comportementaux du sujet âgé** : les médecins coordonnateurs des EHPAD ont la possibilité d'adresser par écrit un tableau clinique à une équipe composée d'un gériatre, d'un psychiatre et d'un neurologue. En retour, ces derniers renvoient un avis par écrit.

De plus, la structuration de la filière en géronto-psychiatrie fait partie des priorités de la filière psychiatrie au sein du **projet médical du GHT**.

6.2. La formation

La **réforme de l'internat** mise en place par un arrêté d'avril 2017 a permis d'introduire un module sur la psychiatrie de la personne âgée. L'ensemble des médecins sera donc formé sur ce sujet.

Aix-Marseille Université, en partenariat avec les universités de Nice et Montpellier 1, propose un « **DIU Gérontopsychiatrie et Psychopathologie du vieillissement** ». Ce diplôme est ouvert aux psychiatres, neurologues et gériatres.

Marseille accueillera en septembre 2018 le **32^{ème} congrès de psychiatrie du sujet âgé**.

6.3. Le développement du travail en réseau sur le territoire

Les **coopérations entre Ehpad et établissements hospitaliers** semblent se développer, notamment dans le but de prévoir et de simplifier les entrées et sorties en cas d'hospitalisation.

Ces coopérations sont d'autant plus opérantes que l'établissement dispose de **l'intervention régulière d'un psychiatre** en son sein. Ce dernier est alors un appui pour les médecins coordinateurs, les médecins traitants, les équipes Ehpad et un lien indispensable vers les professionnels des établissements sanitaires psychiatriques.

A travers différents dispositifs et services (MAIA, GCS PGAM, Pôles Infos Séniors, Réseaux Santé Mentale et Logement etc.), le **tissu partenarial** se maille progressivement, même si beaucoup de progrès restent encore à accomplir, notamment en termes de lisibilité.

Les **services sociaux** (du CCAS, des caisses de retraite, du Conseil Départemental) et les **services à domicile** sont souvent « en première ligne » de situations pour lesquelles un parcours de soins ou d'aide n'a pas encore été mis en place ou pu être mis en place. Leur **proximité au quotidien** avec les personnes et leur entourage est un atout important pour l'ensemble du système de soins et d'aides - à condition de les reconnaître et de les accompagner dans ce rôle.

7- Pistes d'actions

Les rencontres engagées avec les professionnels permettent d'imaginer plusieurs pistes d'actions et, parmi elles, en premier lieu, le développement des échanges d'expériences avec d'autres territoires connus pour leur avancement en matière de développement de la filière gérontopsychiatrie (Limoges, Tours, Bourg en Bresse).

7.1. La structuration de l'offre de soins

Un premier axe à travailler concerne **l'offre et les conditions d'hospitalisation**, en particulier sur les secteurs de l'APHM et du CH Edouard Toulouse (opportunité d'une ouverture de lits dédiés et/ou développement de l'offre d'hospitalisation à domicile).

Un second axe à travailler concerne, en ambulatoire, **les modalités de travail en CMP**. Comme avec d'autres publics dits spécifiques ("personnes sans logement personnel"), il conviendrait de faire le point sur les modalités de suivi des personnes vieillissantes par les CMP et leur articulation avec les équipes mobiles de psychiatrie - dans un contexte où les personnes vieillissantes sont, on l'a vu, par définition peu mobiles. Une première piste pourrait être la **désignation d'un référent "personnes âgées"** au sein de chaque CMP.

Un troisième axe à travailler concerne la prise en charge des personnes vieillissantes par les **services d'urgence psychiatrique**, en analysant de manière détaillée le profil des personnes passant par les services d'urgence. Dans quels cas serait-il possible d'éviter un passage par les urgences par une meilleure coordination des interventions en amont? Comment améliorer le partenariat entre psychiatres, neurologues et gériatres dans la gestion de la crise? Comment améliorer la sortie d'hospitalisation, et en particulier le retour à domicile, de personnes ayant commis un passage à l'acte suicidaire? Ces questions rejoignent en partie la précédente, à propos des modalités de coopération avec les CMP.

Un quatrième axe concerne le **développement de la coordination et de la sectorisation des équipes mobiles** sur le territoire marseillais, qui est à penser en lien avec les missions du SIAO (Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation).

Un cinquième et dernier axe concerne **la mise en synergie de projets émergents sur le territoire**, dont le degré de "maturité" est plus ou moins avancé. Parmi ces projets, en particulier:

- à l'APHM, le **projet "credia"** (centre de ressources et d'évaluation de la prise en charge de la dépression, risques iatrogéniques des patients et de leurs aidants) - qui prévoit des consultations en ambulatoire et en HAD sur la consommation de psychotropes et la prise en charge de la dépression des sujets âgés et de leurs aidants
- au CH Valvert, un **renforcement de l'UMGP** grâce à une extension de son action auprès des personnes âgées en situation de précarité - et la création de lits externalisés d'hospitalisation au CGD (pour des personnes trop âgées pour être accueillies en psychiatrie et avec des troubles trop importants pour être accueillis en gériatrie)

- au CHET, un **projet d'équipe mobile intersectorielle, d'évaluation et d'accompagnement** - avec une compétence en neuropsychiatrie
- au CGD, un **projet d'équipe mobile "cognitif et comportement"**, venant compléter les services du nouvel hôpital de jour portant sur ces mêmes pathologies

7.2. Le soutien aux Ehpad

Plusieurs Ehpad développent une politique d'accueil de personnes vivant avec des troubles psychiatriques - non sans difficultés toutefois. Il pourrait être intéressant de **favoriser l'échange de pratiques et, au-delà, la diffusion de « bonnes pratiques »** : formation des équipes et en particulier des médecins coordinateurs, développement de conventions et de pratiques partenariales avec les services hospitaliers de psychiatrie, développement de conventions et de pratiques partenariales avec des professionnels libéraux (médecins généralistes, psychiatres et neurologues en particulier).

Une autre piste consisterait à **favoriser une meilleure interconnaissance entre les hôpitaux et les Ehpad**, par exemple par le biais de visites sur site et/ou de formations croisées.

7.3. Le développement du partenariat avec les professionnels libéraux

Médecins généralistes, psychiatres et infirmiers se disent intéressés pour améliorer la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec des troubles psychiques. Pour autant, leur première exigence est la mise en place d'**outils pratiques et opérationnels**, et en particulier :

- l'élaboration de **guides facilement maniables**, de type "Guide de la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie à Marseille" ou "Guide de la santé mentale à Marseille"
- la **définition d'un "interlocuteur unique"**, susceptible de les guider vers les ressources qui existent sur le territoire - qui rejoint la préoccupation de l'amélioration de la lisibilité des Pôles Infos seniors et de leur articulation avec la future **Plateforme territoriale d'appui (PTA)**.

Par ailleurs, il conviendrait de réfléchir à l'**offre de formation initiale et continue en gérontopsychiatrie** disponible pour ces professionnels.

Enfin, il semble intéressant d'engager une réflexion, avec des infirmiers libéraux, sur la constitution d'**équipes d'infirmiers ressources**, qui seraient en capacité de recevoir des sollicitations de leurs pairs pour les conseiller ou les relayer (de manière temporaire et/ou définitive) dans la prise en charge de patients vivant avec des troubles psychiques.

7.4. Développer la formation des aides à domicile

Tous les professionnels témoignent de besoins en formation concernant l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie vivant avec des troubles

psychiques. Parmi eux, les aides aux domiciles sont particulièrement concernés, en raison de leur positionnement “de première ligne” auprès des personnes.

Des difficultés sont exprimées à la fois par rapport à l'exercice des tâches, par rapport au développement de la coopération et du partenariat avec d'autres professionnels et par rapport au **maintien de la sécurité des conditions de travail dans la relation aux personnes** (risques physiques et personnels, en lien par exemple avec des sollicitations à caractère sexuel) **et aux espaces occupés par les personnes** (par ex. camouflage des fenêtres et systèmes d'aération dans le cadre de maladies neurodégénératives).

De manière générale, on constate une absence de reconnaissance et de légitimité de l'expertise de ce corps de métier auprès de l'ensemble des autres professions.

7.5. La mise en place d'espaces de rencontres autour de situations individuelles problématiques

Tous les professionnels sont en difficulté dans le suivi de situations individuelles. Parmi ces situations, certaines semblent pouvoir entrer dans le champ d'intervention de dispositifs existants (pôles infos seniors, RSML, gestion de cas etc.), d'autres semblent les dépasser (crise suicidaire, accompagnement des sortants de prison, maltraitements au domicile, suivi social au moment d'un passage à la retraite etc.).

Ainsi, il semble judicieux de valoriser et de promouvoir les espaces **de rencontres interprofessionnelles autour de situations individuelles problématiques (dans le suivi médical et/ou dans le suivi social)** - associant l'ARS sur la question de la gestion des “événements indésirables” et des “signalements”. Ces espaces de rencontre (tels que les comités techniques des Pôles Infos Seniors et les réunions des réseaux santé mentale et logement) permettent en effet de traiter de l'organisation du partage d'informations entre professionnels, considéré par tous comme particulièrement problématique.

Il est à noter que certains professionnels sont en demande de la **mise en place d'une “cellule de crise” au sein de l'ARS**, comme il en existe dans le champ des personnes vivant avec un handicap.

Plus spécifiquement, la **prégnance de situations d'incurie** - à mettre en lien avec des troubles d'accumulation compulsive - conforte la préoccupation du Service de Santé Publique et des Handicapés de la Ville de Marseille et du GCSMS « Santé mentale et habitat » de créer un groupe de travail spécifique sur cette question - associant les professionnels en charge des personnes en perte d'autonomie.

7.6. Le développement d'une palette de logements adaptés

L'accès et le maintien dans le logement des personnes vieillissantes vivant avec des troubles psychiques sont identifiés comme particulièrement problématiques.

D'un côté, des personnes souhaitent se maintenir à domicile mais la coordination et les moyens des intervenants à domicile limitent la faisabilité de ce type de solutions.

D'un autre côté, la palette de solutions de logements disponibles, alternatifs au domicile, ne semble pas couvrir les besoins de cette population : les Ehpad ne sont pas toujours financièrement accessibles ni même souhaitables (problématique de l'habitat collectif), les offres proposées en libéral se multiplient mais revêtent une forme de structure hôtelière qui exclut les personnes les plus précaires et les plus dépendantes sans pour autant garantir des normes minimales en termes de qualité d'accueil, de présence et de prise en charge, les autres types d'hébergement collectif paraissent saturés ou inaccessibles (pour des raisons administratives et/ou financières). Enfin, on note une absence de solutions sur le territoire pour des situations de courts séjours (Clinique Mon Repos, par exemple, n'accueille aucune personne relevant du GIR 1, 2 ou 3).

Face à de tels constats, il semble intéressant de **réaliser un état des lieux plus précis de l'offre de logements** disponibles sur le territoire marseillais pour les personnes vieillissantes, et d'envisager l'essaimage de solutions innovantes (cf. modèle de maison partagée de l'association SAJ).

Par ailleurs, l'alerte énoncée par l'UMGP sur l'augmentation du nombre d'expulsions domiciliaires de personnes vieillissantes invite à poursuivre le travail engagé par les RSML avec la CCAPEX⁶, et en particulier à **renforcer le partenariat entre la CCAPEX et les services de psychiatrie.**

6 Commissions de coordination des actions de prévention des expulsions locatives