

SYNTHÈSE

COMMENT AMÉLIORER L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE POUR LES PERSONNES ÂGÉES ?



SYNTHÈSE

COMMENT AMÉLIORER L'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE POUR LES PERSONNES ÂGÉES ?

JEF ADRIAENSSENS, MARIA-ISABEL FARFAN-PORTET, NADIA BENAHMED, LAURENCE KOHN, CÉCILE DUBOIS, STEPHAN DEVRIESE, MARIJKE EYSEN, CÉLINE RICOUR



■ PRÉFACE

Est-il bien pertinent de consacrer un rapport aux soins de santé mentale des personnes âgées ? Assurément s'il s'agit de déconstruire les postures jeunistes qui nous amènent souvent à considérer le vieillissement comme une entorse à la normalité, voire une pathologie. Le terme 'personnes âgées' lui-même est d'ailleurs révélateur à ce sujet, comme si l'âge était un couperet qui faisait entrer dans un monde différent, où l'on n'est plus productif au sens marchand du terme, où l'on cumule les problèmes de santé, où l'on offre une apparence qui rappelle que nous sommes marqués par la finitude, quelle audace !

Ce qui est vrai, c'est que la période de l'existence caractérisée par la cessation ou la réduction d'une activité professionnelle (ou bénévole), par l'apparition de pertes de mobilité, de souplesse, de capacités diverses et par la disparition de personnes avec lesquelles on a cheminé de longues années, peut s'accompagner de certaines fragilités.

Bien sûr, des soins spécifiques vont s'avérer indispensables ; évidemment, il serait idéal qu'ils soient bien adaptés et efficaces. Toutefois, il ne faudrait pas trop vite se 'débarrasser' d'enjeux profondément sociétaux et anthropologiques en se focalisant sur de 'simples' réformes organisationnelles. Comme pour de nombreux autres domaines de l'existence, nous partageons toutes et tous vis à vis de nos aînés une responsabilité collective qui implique aussi notre responsabilité individuelle. Les personnes dites 'âgées', qu'elles souffrent ou pas de problèmes de santé mentale, sont des 'passeurs de vie', des 'passeurs de culture', des 'passeurs d'histoire' – de la grande histoire qu'elles ont parfois écrite aux petites histoires familiales qui nous permettent de savoir qui nous sommes. Leur maintien dans la société humaine nous concerne tous. Participer, au quotidien, à construire une société réellement inclusive, c'est le substrat fondamental dans lequel pourront alors s'enraciner des soins marqués par le souci de l'autre.

Marijke EYSEN
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD
Directeur Général a.i.



■ MESSAGES CLÉS

- Les personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale forment un groupe très hétérogène. Leurs besoins spécifiques varient en fonction de leur fragilité et de leur profil de pathologies plutôt que de leur âge chronologique.
- Des collaborations étroites entre les professionnels de la santé mentale, des soins de première ligne, des soins gériatriques, des services d'urgence et des professionnels du secteur social permettent d'améliorer la qualité des soins de santé mentale pour les personnes âgées. L'utilisation de l'outil BelRAI et la présence d'un *case manager* permettent d'y contribuer.
- Les soignants de 1^{re} ligne jouent un rôle clé dans la détection et la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes âgées. Il est cependant indispensable de leur offrir une formation spécifique et le soutien de professionnels spécialisés.
- La mission des Services de Santé mentale en matière de soins aux personnes âgées doit être soutenue par l'inclusion de professionnels spécialisés dans les soins de santé mentale aux personnes âgées et permettre une mobilité accrue des soins (augmentation des visites à domicile).
- Des équipes mobiles psychiatriques spécialisées dans les soins aux personnes âgées peuvent constituer une valeur ajoutée pour soutenir les équipes « adultes » existantes. Elles permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge des problèmes complexes chez les personnes âgées.
- Pour faire face aux besoins de soins aigus des patients âgés ayant des problèmes de santé mentale qui ne peuvent pas ou plus être pris en charge dans la communauté, l'hospitalisation dans les services de psychiatrie générale, de psycho-gériatrie ou de gériatrie (selon le profil du patient) doit être disponible.
- Dans les hôpitaux généraux, des équipes de liaison « somatiques » pourraient apporter un soutien aux professionnels des services psychiatriques pour adultes tandis que des équipes de liaison spécialisées en psychiatrie de la personne âgée pourraient être instaurées pour soutenir le personnel des unités de soins non psychiatriques.
- Les équipes mobiles spécialisées de type 107 devraient pouvoir intervenir dans les MRPA/MRS pour soutenir le personnel et le former à la prise en charge des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale dans leur milieu de vie. Les unités spécifiques pour les personnes âgées présentant des troubles du comportement offrent une opportunité d'améliorer les soins de cette population fragile.
- Des campagnes d'information supplémentaires sont nécessaires pour sensibiliser le public et les professionnels de la santé aux problèmes de santé mentale des personnes âgées. Le dépistage systématique des problèmes de santé mentale pourrait être envisagé dans les MRPA/MRS.



- La personne âgée qui a des problèmes de santé mentale et ses aidants informels doivent être impliqués dans la planification des soins et la prise en charge. Le soutien et la reconnaissance des aidants informels doivent être renforcés.
- Pour garantir une bonne qualité des soins, il est nécessaire que les différents intervenants disposent d'aptitudes et de compétences spécifiques en psychiatrie de la personne âgée. Cela implique que des formations spécifiques soient organisées.
- La prise en charge des besoins spécifiques des personnes âgées peut être améliorée via le développement et la diffusion de pratiques *Evidence-based*.
- La collecte de données sur les soins de santé mentale pour les personnes âgées doit être optimisée.
- Depuis 2010, les personnes âgées n'ont pas été prises en compte dans la réforme en cours. Un réseau de soins de santé mentale distinct de celui des « adultes » semble soulever plusieurs difficultés, qui pourraient être contournées par un réseau de soins « global », sans limite d'âge. Mais un tel réseau unifié comporte lui aussi plusieurs défis.
- Plusieurs éléments de ce rapport suggèrent que clarifier et renforcer le rôle des soins de 1^{re} ligne (conformément à la 1^{re} fonction de la réforme 107), faciliter les soins spécialisés mobiles (conformément à la 2^e fonction de la réforme 107) et renforcer les possibilités de prise en charge spécialisée dans les MRS (en lien avec la 5^e fonction de la réforme 107) sont des étapes nécessaires pour construire un système adapté aux besoins des personnes âgées.
- Le maintien du sens de la vie, du sentiment d'utilité et de l'inclusion dans la communauté des personnes âgées (notamment celles atteintes de troubles mentaux) nécessite une prise de conscience dans la société.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE	4
1.	POURQUOI CETTE ÉTUDE ?.....	8
1.1.	LES PERSONNES ÂGÉES SONT AUSSI EXPOSÉES AUX PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE..	8
1.2.	LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN BELGIQUE.....	9
1.2.1.	Projets thérapeutiques : les personnes âgées comme groupe cible distinct.....	9
1.2.2.	Réforme « article 107 » et concertation autour du patient psychiatrique : les personnes âgées ne sont plus un groupe cible distinct.....	9
1.2.3.	Protocole 3 : les personnes âgées comme groupe cible mais pas spécifiquement pour la santé mentale.....	10
1.2.4.	Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques : pas de limite d'âge..	10
1.3.	RÉFORME DES SOINS DE LONGUE DURÉE POUR LES PERSONNES ÂGÉES	11
1.4.	QUESTIONS DE RECHERCHE	11
1.5.	DÉFINITIONS DE TRAVAIL.....	11
1.6.	MÉTHODES UTILISÉES DANS CETTE ÉTUDE.....	12
1.7.	PORTÉE DE CETTE ÉTUDE.....	13
2.	QUE NOUS APPREND LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE ?	13
2.1.	PRINCIPES ET MODÈLES THÉORIQUES	13
2.1.1.	Les principes C.A.R.I.T.A.S	13
2.1.2.	Le modèle Chronic Care (CCM).....	14
2.1.3.	Quatre stratégies pour l'opérationnalisation du modèle théorique	15



2.2.	OBSTACLES À L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE SANTÉ MENTALE POUR LES PERSONNES ÂGÉES.....	16
2.3.	IMPORTANCE DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE	17
2.4.	PERCEPTION DU SYSTÈME BELGE PAR DES STAKEHOLDERS EN RÉFÉRENCE AUX MODÈLES DE LA LITTÉRATURE (ENQUÊTE EN LIGNE).....	17
2.4.1.	Perception des stakeholders.....	17
2.4.2.	Pistes d'amélioration suggérées	18
3.	QUE NOUS APPRENNENT LES EXEMPLES À L'ÉTRANGER?	19
3.1.	ORIENTATIONS GLOBALES	19
3.2.	ORGANISATION DES SOINS	20
3.2.1.	Médecins généralistes	20
3.2.2.	Intervenants spécialisés.....	20
3.2.3.	Centres de santé mentale communautaires	20
3.2.4.	Équipes psychiatriques mobiles.....	21
3.2.5.	Équipes de crise.....	21
3.2.6.	Services de jour	21
3.2.7.	Hôpitaux	21
3.2.8.	Maisons de repos/de repos et de soins (nursing homes).....	22
3.3.	PRINCIPAUX OBSTACLES CONSTATÉS ET SOLUTIONS IDENTIFIÉES.....	22
3.3.1.	Stigmatisation et mauvaise information	22
3.3.2.	Manque de communication et réorientations inappropriées	22
3.3.3.	Manque d'expérience et de formation des équipes de soins.....	22
4.	UTILISATION ACTUELLE DE SOINS DE SANTÉ MENTALE PAR LES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE	23



4.1.	UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN INSTITUTION PAR LES PERSONNES ÂGÉES	23
4.2.	UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE DANS LA COMMUNAUTÉ PAR LES PERSONNES ÂGÉES.....	25
4.2.1.	Les services de santé mentale (SSM – CGG).....	25
4.2.2.	Les équipes psychiatriques à domicile	25
4.2.3.	Les soins ambulatoires	26
4.2.4.	Les projets spécifiques pour les personnes âgées.....	27
4.2.5.	Programmes de réadaptation psychosociale.....	28
5.	MESSAGES CLÉS.....	29
5.1.	QUELLES SONT LES EXIGENCES DE BASE POUR DES SOINS DE SANTÉ MENTALE ADAPTÉS AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES ?.....	29
5.1.1.	Les soins doivent être organisés non sur la base de l'âge mais en fonction des besoins spécifiques et de la fragilité.....	29
5.1.2.	Seule une étroite collaboration entre les professionnels des soins somatiques, mentaux et sociaux peut mener à une prise en charge réellement holistique.....	29
5.1.3.	Les soins doivent être dispensés dans des contextes variés	30
5.2.	CONSIDÉRATIONS PLUS GÉNÉRALES POUR L'ENSEMBLE DU SYSTÈME	33
5.2.1.	Sensibilisation et détection précoce.....	33
5.2.2.	Partenariat actif avec les patients et les aidants informels	33
5.2.3.	Formation des professionnels de l'aide et des soins	33
5.2.4.	Développement et diffusion de pratiques basées sur les données scientifiques (Evidence-based practices).....	34
5.2.5.	Amélioration de la collecte de données dans les soins ambulatoires.....	34
5.3.	CONCLUSION.....	34



5.3.1.	Créer un réseau distinct ou étendre et étoffer le réseau existant ?	34
5.3.2.	Évoluer vers des soins dispensés dans la communauté	35
5.3.3.	Faire évoluer les modèles établis	36
■	RECOMMANDATIONS	37



1. POURQUOI CETTE ÉTUDE ?

1.1. Les personnes âgées sont aussi exposées aux problèmes de santé mentale

Vieillir n'est pas une maladie en soi, mais les conséquences du vieillissement peuvent peser – à des degrés très divers – sur la qualité de vie et la santé mentale. Par rapport à la population dans son ensemble, les personnes âgées sont davantage exposées aux expériences douloureuses que sont les deuils, les situations de handicap, la négligence physique ou la maltraitance. L'isolement, la perte d'autonomie et la solitude sont souvent leur lot quotidien. Autant de facteurs qui peuvent entraîner dépression ou anxiété.

L'approche de la fin de la vie peut également, en soi, susciter une interrogation existentielle très angoissante – et pas toujours consciente – chez certaines personnes, même si pour d'autres, prendre conscience de la finitude de la vie permet au contraire de mieux profiter de la compagnie des êtres chers et de se recentrer sur les activités qui sont porteuses de sens à leurs yeux.

Par ailleurs, chez les personnes âgées bien plus que dans la population générale, santé psychique et physique sont intimement liées. Ainsi par exemple, les personnes qui souffrent de problèmes cardiaques ont des taux de dépression plus élevés que celles qui sont en bonne santé. Et inversement, une dépression non traitée chez une personne âgée souffrant du cœur peut avoir un effet négatif sur l'issue de sa maladie cardiaque. On considère d'ailleurs que les problèmes de santé mentale sont des facteurs de mauvais pronostic chez les personnes âgées, entraînant des hospitalisations plus longues, des pertes d'autonomie plus rapides et des taux plus élevés d'institutionnalisation. Il est donc essentiel que les problèmes de santé mentale des personnes âgées fassent l'objet d'une approche qui englobe à la fois les versants somatique et psychique.

Les problèmes de santé mentale sont souvent négligés par les professionnels de la santé, qui ont tendance à les cataloguer comme des signes normaux du vieillissement et à penser qu'il n'y a pas de raison de les traiter. Leur diagnostic est de surcroît rendu malaisé par la multimorbidité et les polymédications, elles-mêmes souvent induites par la méconnaissance des principes de l'approche gériatrique.

Les personnes âgées elles-mêmes ne sont pas promptes à se plaindre de leurs problèmes de santé mentale et sont souvent réticentes à demander de l'aide, notamment en raison des tabous encore tenaces qui entourent la maladie mentale.

Enfin, les effets négatifs des problèmes de santé mentale sur les (aidants) proches ne doivent pas être sous-estimés. Ils constituent un stress physique, émotionnel et économique considérable.

Les chiffres de l'Enquête de Santé

La dernière Enquête de Santé de l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) offrait une image préoccupante de la santé mentale de la population belge, avec un tiers des répondants (de plus de 15 ans) disant éprouver des difficultés telles que se sentir stressé ou tendu, être malheureux ou se sentir déprimé. Les chiffres spécifiques par tranches d'âge permettent de cerner plus précisément le mal-être des aînés (chiffres 2013) :

	65-75 ans	>75 ans	Pop générale
Détresse psychologique	23,8 %	33,4 %	31,8 %
Humeur dépressive	12,9 %	18,8 %	14,8 %
Anxiété	8,2 %	11,4 %	8,1 %
Problèmes de sommeil	29,4 %	36,6 %	29,6 %
Dépression majeure	7,3 %	9,9 %	6,7 %

La majorité des répondants qui ont signalé avoir souffert de dépression majeure au cours de l'année écoulée a consulté un professionnel de la santé et a pris des médicaments. Il s'agissait de tranquillisants/somnifères (24% des 65-75 ans et 35% de > 75 ans) ou d'antidépresseurs (10% des 65-75 ans et 12,5% des > 75 ans). Un petit nombre avait entamé une psychothérapie (5,7% des 65-75 ans et 7,5% des > 75 ans).



1.2. La réforme des soins de santé mentale en Belgique

Au début des années 2000, les autorités fédérales et fédérées belges ont convenu de réorganiser le paysage des soins de santé mentale, en évoluant vers des soins de plus en plus intégrés dans l'environnement approprié le moins complexe possible. L'objectif de cette réforme était **de maintenir autant que possible les personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine**. L'accent était donc mis sur les soins dans le milieu de vie, et non plus sur l'institution de soins. Cette démarche, qui correspond tout à fait aux principes C.A.R.I.T.A.S et au modèle Chronic Care (voir point 2.1.1), s'inscrit dans une mouvance internationale.

Les cinq principes fondamentaux de la réforme des soins de santé mentale belge ^a

- Désinstitutionnalisation : mise en place de formules de soins ambulatoires intensifs et spécialisés, en tant qu'alternatives à l'hospitalisation.
- Inclusion sociale : réadaptation et réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social...
- Décatégorisation : mise en place, via les circuits et réseaux de soins, d'une collaboration avec et entre les soins aux personnes âgées, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice.
- Intensification : intensification des soins au sein des hôpitaux.
- Consolidation : régularisation des différents projets pilotes, tant au niveau fédéral que communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale.

1.2.1. Projets thérapeutiques : les personnes âgées comme groupe cible distinct

En 2002, il a été décidé d'organiser l'offre des soins de santé mentale selon les principes des **groupes cibles** et des **réseaux de soins** et ce, en vue d'offrir des **soins intégrés** dont le patient est l'élément central, et de garantir par-là la continuité des soins. Trois groupes cibles ont été fixés : les enfants et les adolescents (jusqu'à 18 ans), les adultes **et les personnes âgées**. Par la suite, la réforme s'est traduite par la création de « **projets thérapeutiques** » destinés à organiser et/ou coordonner la concertation autour du patient au sein de son groupe-cible et dans des zones géographiques définies. Ces projets pilotes étaient prévus pour une durée de trois ans. **Environ un de ces projets thérapeutiques sur six concernait les personnes âgées.**

1.2.2. Réforme « article 107 » et concertation autour du patient psychiatrique : les personnes âgées ne sont plus un groupe cible distinct

En 2010, la création de **réseaux de soins** dits « **article 107** » a englobé une partie des « projets thérapeutiques » dans une optique d'intégration des ressources des hôpitaux et des services développés dans la communauté. Ces réseaux 107 se concentraient principalement sur les **soins aux adultes** de 16 ans à 65 ans sur un **territoire géographique délimité**. Dans un second temps, une approche similaire a été mise en place pour les enfants et adolescents (0-18 ans).

^a <http://www.psy107.be/index.php/fr/>



Les 5 fonctions de la réforme « article 107 »

- **Fonction 1 : Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic.** Cette fonction s'adresse aux acteurs de première ligne, y compris les soins à domicile, services d'accompagnement, etc.
- **Fonction 2 : Équipes psychiatriques mobiles de traitement intensif pour les problèmes psychiques aigus et chroniques dans le lieu de vie** (principe de désinstitutionalisation).
- **Fonction 3 : Équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale.** Cette fonction nécessite une approche transversale (principe d'inclusion).
- **Fonction 4 : Unités intensives de traitement résidentiel**, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable (principe d'intensification).
- **Fonction 5 : Des formules résidentielles spécifiques** offrant une prise en charge lorsque les soins à domicile (ou en milieu substitutif) ne sont plus possibles.

Les projets thérapeutiques en santé mentale ont pris fin en 2012, pour faire place à un financement structurel par l'INAMI pour des « **concertations autour du patient psychiatrique à domicile** ». Il n'y a pas de critères d'âge mais une des conditions est que le patient présente une problématique psychiatrique non organique pour laquelle un diagnostic principal est posé sur la base du DSM IV ou de l'ICD 10-CM. Un rôle important y est dévolu aux Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD).

1.2.3. *Protocole 3 : les personnes âgées comme groupe cible mais pas spécifiquement pour la santé mentale*

C'est également à cette période que quelques projets thérapeutiques consacrés aux personnes âgées ont trouvé une nouvelle opportunité via l'initiative des « **Protocoles 3** », également lancée en 2010, mais située **en dehors du secteur des soins de santé mentale**. Les projets « Protocole 3 » visent à financer des projets novateurs permettant de **retarder l'institutionnalisation** des personnes de 60 ans et plus, en améliorant leur qualité de vie. Ces projets sont **essentiellement axés sur le case management** mais peuvent également se focaliser sur d'autres interventions : des 66 projets initialement sélectionnés, 13 comportaient des interventions psychologiques ou psychosociales, dont 8 comme composante principale.

1.2.4. *Modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques : pas de limite d'âge*

Il y a deux ans (2016), le KCE a développé un « modèle d'organisation et de financement des soins psychologiques » qui s'adressait essentiellement aux problèmes psychiques courants et modérés. Ce modèle de soins se caractérisait par une approche en deux niveaux : un premier niveau généraliste, largement accessible, accueillant toutes les demandes mais pour un nombre limité de séances, et un second niveau, d'accès réservé, permettant de délivrer des soins spécialisés à ceux pour qui le premier niveau n'est pas suffisant. Mis à part les enfants et adolescents, ce modèle s'adressait à toute la population sans restriction. Ce modèle n'a pas encore été implémenté.



1.3. Réforme des soins de longue durée pour les personnes âgées

Le secteur des **soins de longue durée pour les personnes âgées en perte de capacités physiques et mentales** a également été restructuré selon des principes similaires à ceux de la réforme des soins de santé mentale. Ici aussi, l'objectif était de favoriser les soins dispensés dans la communauté au détriment des hospitalisations de longue durée. Il y a eu d'une part, des protocoles d'accord entre les autorités fédérales et fédérées visant à remplacer progressivement les lits de soins à basse intensité (*low care*) par des lits de soins *high-care* dans les établissements de soins, ce qui peut être vu comme une forme d'« intensification » des soins.

Le plus récent de ces accords – le « **Protocole 3** » déjà cité – poursuit le développement de services permettant aux patients plus âgés de rester le plus longtemps possible dans la communauté (interventions à domicile, centres de jour, etc.), répondant au principe de « désinstitutionalisation » poursuivi dans le secteur des soins de santé mentale.

1.4. Questions de recherche

Dans la continuité des efforts de réforme entrepris, le Service Public Fédéral (SPF) Santé, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a demandé au KCE de déterminer s'il existait, à l'étranger, des modèles d'organisation de soins permettant de rencontrer les besoins spécifiques en soins de santé mentale des personnes âgées et si de tels modèles étaient compatibles avec la réforme en cours dans le secteur des soins de santé mentale pour les adultes.

Les **questions de recherche** ont été formulées comme suit :

- Quels sont les modèles d'organisation, réformes, visions des soins de santé mentale pour les personnes âgées qui sont recommandés dans la littérature scientifique ? Comment les professionnels de la santé mentale perçoivent-ils la mise en œuvre de ces modèles à travers l'approche actuelle en Belgique ?

- Quels enseignements peut-on tirer des bonnes pratiques identifiées à l'étranger ?
- Comment se présente actuellement l'offre de soins de santé mentale pour les personnes âgées en Belgique ?

1.5. Définitions de travail

Qu'entend-on par « personnes âgées » ?

Dans la plupart des pays occidentaux, on considère que l'âge chronologique de 65 ans – qui a été jusqu'il y a peu celui de la retraite professionnelle – correspond au passage du statut d'adulte actif à celui de « personne âgée ». Cependant, ce seuil (défini en termes de *rôles* sociétaux) ne prend pas en compte les aspects culturels (définis par des *valeurs* sociétales) et fonctionnels (définis en termes d'*autonomie* et d'*indépendance*). Or une grande partie des sexagénaires et septuagénaires sont encore en bonne forme, actifs et autonomes.

Sur un plan médical, on considère aujourd'hui que la vieillesse est une perception subjective reposant sur un ensemble de considérations relatives à la fragilité (*frailty*), à l'accumulation de pathologies, à des altérations du métabolisme des médicaments, etc. **Bref, les personnes âgées constituent une catégorie de patients très hétérogène, qu'il serait malvenu de ne définir qu'à travers un seuil d'âge forcément réducteur.**

Quoi qu'il en soit, en Belgique, les vagues successives de réforme des soins de santé mentale ont toujours fixé la charnière entre la catégorie « adultes » et « personnes âgées » à 65 ans. C'est donc cet âge que nous utilisons **dans ce rapport**, même si nous partageons l'avis de ceux qui prônent une redéfinition de la notion de personne âgée davantage basée sur le vieillissement biologique des individus.



Qu'entend-on par « santé mentale » ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la **santé mentale** comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ».

Il n'existe toutefois pas de définition internationalement acceptée des « **problèmes de santé mentale** ». Les thèmes récurrents dans les définitions courantes sont que les problèmes de santé mentale affectent la personnalité de la personne, sa capacité à gérer différents aspects de la vie quotidienne et ses interactions sociales. Ces définitions englobent aussi bien la **détresse psychique** (les sentiments et émotions déplaisants que peut éprouver chaque individu dans la vie de tous les jours et qui peuvent perturber son fonctionnement social) que des **troubles psychiatriques** (perturbations de la cognition, de la régulation des émotions ou du comportement reflétant un dysfonctionnement mental).^b

^b Mental Health Foundation : <https://www.mentalhealth.org.uk/your-mental-health/about-mental-health/what-are-mental-health-problems>

1.6. Méthodes utilisées dans cette étude

Cette étude a nécessité la mise en œuvre d'une approche multimodale comprenant :

- **une revue de la littérature** sur l'efficacité de différents modèles organisationnels et d'approches spécifiques des soins de santé mentale pour les personnes âgées. Cette recherche s'est focalisée sur la réorientation des soins de santé mentale des personnes âgées vers la communauté (*community and primary care*). La recherche a été menée dans Medline, Embase, Cinahl et la Cochrane Database of systematic reviews, couvrant la période 2006 - mai 2016.
- **une enquête en ligne** afin d'analyser de quelle manière les intervenants du secteur des soins de santé mentale perçoivent l'organisation actuelle du système par rapport aux exigences théoriques de la revue de la littérature, comment ils estiment que les besoins spécifiques des personnes âgées diffèrent de ceux des adultes et quelles améliorations potentielles ils voudraient voir introduites dans le système belge.
- **une analyse approfondie de l'organisation des soins de santé mentale pour les personnes âgées dans quatre pays étrangers** : Angleterre, France, Pays-Bas et Canada. Une comparaison transversale a ensuite été réalisée.
- **une description de l'offre actuelle de soins de santé mentale pour les personnes âgées en Belgique, ainsi qu'un aperçu de leur utilisation**. Cette partie réunit des informations de sources très variées : littérature grise, données hospitalières (RPM et RHM), données de facturation disponibles à l'Agence Intermutualiste (AIM), données disponibles sur les sites web des autorités fédérales et fédérées. Enfin, nous avons contacté un certain nombre de responsables de projets novateurs^c de soins de santé mentale aux

^c PIOT (Psychotherapeutische Interventies voor Ouderen thuis met Trajectbegeleiding), Langer Thuis met Extra Zorg, 't Kruidenpand, Dionysos, 4Veld, Reymeers, Samenhuizen, Zorgcirkels, Lokale Dienstencentra-LDC, Avec Nos Aînés, Parole d'aînés, L'ISPA – Louvain-la Neuve (previously called SAMRAVI), L'Espoir (Malmédy).



personnes âgées via un questionnaire en ligne afin d'obtenir des informations détaillées sur leurs activités, leurs points forts et leurs points faibles.

Pour plus de détails sur les différentes méthodes employées et les stratégies de recherche, nous dirigeons le lecteur intéressé vers le rapport scientifique.

1.7. Portée de cette étude

Cette étude porte sur l'**organisation globale** des soins de santé mentale pour les personnes âgées ; elle n'examine **pas** l'efficacité de certains traitements ou interventions spécifiques.

En ce qui concerne l'**utilisation des soins de santé mentale** par les personnes âgées, nous nous sommes concentrés sur l'utilisation des services de soins de santé mentale disponibles, mais nous n'avons pas analysé le cheminement conduisant une personne donnée à utiliser l'un ou l'autre de ces services, ni l'évolution des services utilisés en fonction de la sévérité des problèmes.

En ce qui concerne le **groupe cible** de cette étude, il n'inclut pas les personnes âgées ayant des problèmes de mémoire isolés (liés ou non à un début de démence). En effet, les problèmes de mémoire isolés ne relèvent pas spécifiquement de la sphère de la santé mentale et les personnes concernées par ces problèmes sont adressées à des services spécialisés (ex : « cliniques de la mémoire »). La situation des personnes jeunes et dépendantes n'entre pas non plus en compte dans cette étude même si ces personnes sont parfois prises en charge dans les mêmes institutions que les personnes âgées (MRS notamment).

Enfin, il est nécessaire de préciser ici que ce rapport est une étude **préliminaire** ; il n'aborde pas l'aspect pratique des réformes à entreprendre, ni les moyens financiers requis.

2. QUE NOUS APPREND LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE ?

En 1997, l'OMS a publié les **principes C.A.R.I.T.A.S** pour les soins de santé mentale pour les personnes âgées (voir encadré). Le **modèle de gestion des soins chroniques ou *Chronic Care Model (CCM)***, identifié dans la littérature, fournit des éléments permettant d'organiser les soins conformément à ces principes. Pour l'opérationnalisation de ce modèle, nous avons identifié **quatre stratégies** à utiliser seules ou en combinaison (voir Figure 2).

Notre analyse de la littérature scientifique nous a également permis de recenser les **obstacles et leviers** les plus fréquents par rapport à l'implémentation de ces principes. Enfin, la littérature nous fournit des éléments permettant de souligner l'**importance de la première ligne** dans les soins de santé mentale pour les personnes âgées.

2.1. Principes et modèles théoriques

2.1.1. Les principes C.A.R.I.T.A.S

Les principes C.A.R.I.T.A.S

Selon les principes C.A.R.I.T.A.S, les soins de santé mentale pour les personnes âgées doivent répondre aux 7 caractéristiques suivantes (formant l'acronyme C.A.R.I.T.A.S) :

- **Complets (holistiques)** : les soins doivent prendre en compte tous les besoins et souhaits physiques, psychologiques et sociaux du patient et être centrés sur celui-ci.
- **Accessibles** : les soins doivent être conviviaux et faciles d'accès ; ils doivent minimiser les obstacles géographiques, culturels, financiers et linguistiques.
- **Réactifs** : les professionnels de soins doivent écouter et comprendre les problèmes portés à leur attention et y réagir promptement et de manière appropriée.



- **Individualisés** : les soins doivent être axés sur chaque personne, elle-même considérée dans son contexte familial et communautaire. La planification des soins doit être adaptée et acceptable pour l'individu et la famille ; elle doit viser autant que possible à maintenir et à soutenir la personne dans son environnement familial.
- **Transdisciplinaires** : les soins doivent transcender les frontières professionnelles traditionnelles, au-delà des collaborations multidisciplinaires et interdisciplinaires, afin d'optimiser la contribution de différents intervenants (professionnels ou non) ayant un large éventail de compétences personnelles et professionnelles. Une telle approche facilite également la collaboration avec les organisations bénévoles ou autres afin de fournir une gamme complète de services axés sur la communauté.
- **(Accountable) Fiables** : l'organisation des soins doit garantir la qualité des services fournis et les monitorer en partenariat avec les patients et leurs familles. Ils doivent tenir compte des références éthiques et culturelles des personnes âgées.
- **Systémiques** : les soins doivent intégrer de manière flexible **tous les services disponibles** pour assurer la **continuité des soins et coordonner tous les niveaux d'intervenants**, y compris les autorités locales, provinciales et nationales, ainsi que communautaires.

2.1.2. Le modèle Chronic Care (CCM)

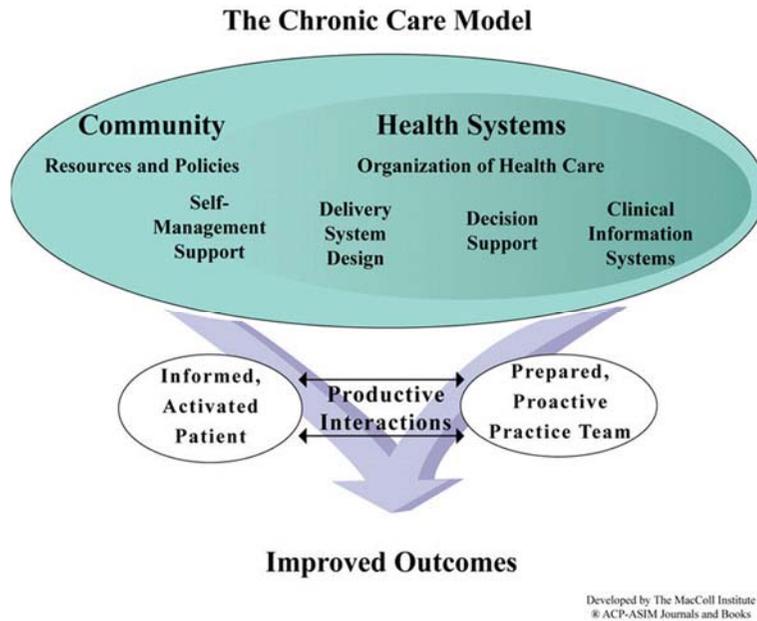
Le modèle CCM définit **quatre domaines** qui doivent interagir de façon concertée et intégrée afin d'atteindre des soins de qualité :

- **une aide à l'auto-gestion** (self-management) pour favoriser l'empowerment des patients et les préparer à gérer leur santé somatique et mentale ;
- une organisation du système de délivrance des soins permettant d'assurer **la planification et la coordination** de soins sûrs, efficaces, efficients, centrés sur le patient et délivrés en temps utile, en mettant l'accent sur les soins de première ligne ;
- **des outils d'aide à la décision** pour promouvoir des soins cliniques reposant sur les connaissances scientifiques et prenant en compte les préférences du patient ;
- **des systèmes d'information clinique** pour organiser les données concernant les patients et la population en vue de faciliter les soins.

Enfin, le modèle repose sur des **équipes de soins** adéquatement formées et proactives et sur des patients dûment informés et impliqués.



Figure 1 – Le Modèle Chronic Care



2.1.3. Quatre stratégies pour l'opérationnalisation du modèle théorique

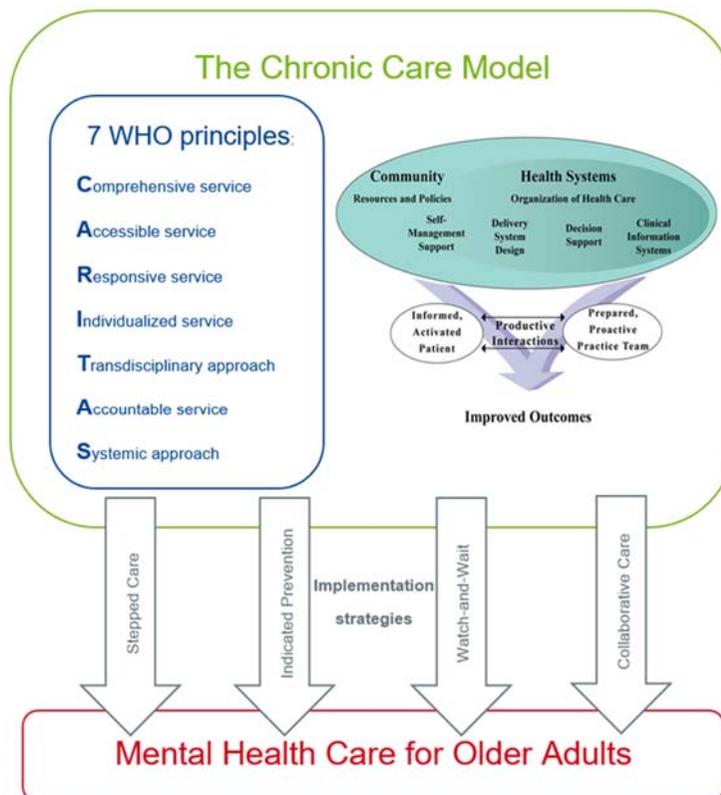
Nous avons identifié dans la littérature quatre **stratégies spécifiques** permettant l'opérationnalisation du CCM et des principes C.A.R.I.T.A.S :

- **Stratégie d'échelonnement des soins (*stepped care*)** : l'intervention la moins intensive est proposée en premier lieu et les patients peuvent « monter » ou « descendre » dans l'itinéraire de soins en fonction de l'évolution de leurs besoins et/ou de leur réponse au traitement. Ils entrent dans l'itinéraire à n'importe quelle étape, en fonction de leurs besoins. L'évolution de la pathologie fait l'objet d'une surveillance tout au long du processus afin de décider de l'intensification ou de l'allègement du traitement. L'échelonnement des soins est une stratégie qui vise à répondre aux besoins de prise en charge à long terme et à maximiser l'efficacité des ressources allouées.
- **Stratégie de prévention ciblée (*indicated prevention*)** : des mesures sont mises en place pour prévenir l'apparition de troubles de santé mentale chez les personnes âgées qui ne répondent pas (encore) aux critères médicaux de ces troubles, mais qui en présentent des signes avant-coureurs. La prévention ciblée est un moyen d'éviter le sous-diagnostic et le sous-traitement de certains sous-groupes de patients.
- **Stratégie de surveillance attentive (*Watch-and-Wait*)** : pour un problème bio-psycho-social, vouloir passer en force avec un traitement rapide, principalement pharmacologique ou orienté somatiquement, n'aboutit pas souvent à un résultat satisfaisant. Une stratégie plus attentiste permet d'avancer lentement et prudemment, à l'aide d'évaluations, de psychoéducation, d'observation, en établissant la confiance, en laissant à la personne le choix des options, en faisant participer des équipes multidisciplinaires et en utilisant des approches adaptées aux besoins et aux préférences des personnes âgées.
- **Stratégie de soins concertés (*collaborative care*)** : Cette stratégie consiste à fournir un accès rapide aux spécialistes du problème de santé mentale spécifique de la personne âgée à l'aide d'approches individualisées. Les soins concertés consistent souvent en multiples phases d'intervention elles-mêmes multifacettes, avec un suivi régulier des patients, une meilleure communication interprofessionnelle, un



plan de gestion structuré, des prestataires adéquatement formés, un *empowerment* des patients, des compétences culturelles, des soins centrés sur le patient et un remboursement des soins axé sur la qualité. La coordination et le suivi de ce processus de soins intégrés sont assurés par un **case/care manager**.

Figure 2 – Intégration du modèle CCM et des stratégies opérationnelles



Il existe des données probantes démontrant l'efficacité de soins basés sur la stratégie de *stepped care*, combinée aux trois autres, chez des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale tels que des dépressions majeures, mineures ou infracliniques, des troubles anxio-dépressifs en maisons de repos, des idéations suicidaires, des problèmes d'alcool et des problèmes de comportement liés à la maladie d'Alzheimer.

Il existe par contre peu d'études sur la mise en œuvre de ces stratégies dans les **troubles psychiatriques sévères des personnes âgées**. Nous en avons identifié trois, qui fournissent des éléments en faveur d'une **prise en charge de ces troubles dans la communauté**. Un accent particulier sur la communication avec les personnes âgées issues de minorités ethniques ou réfugiées est également mis en évidence dans la littérature.

2.2. Obstacles à l'accessibilité des soins de santé mentale pour les personnes âgées

Plusieurs obstacles à l'accessibilité des soins sont fréquemment mentionnés dans la littérature, parmi lesquels la fragmentation des soins, le manque de communication et de partage d'information entre intervenants et la rigidité du système de soins et de ses règles de fonctionnement. Par exemple, les médecins généralistes ressentent souvent des difficultés à faire accéder leurs patients âgés à des spécialistes en soins de santé mentale de la personne âgée, et également à recevoir de l'aide de ces spécialistes.

Un autre obstacle majeur est le manque de connaissances et de compétences spécifiques des généralistes et des autres professionnels de 1^{re} ligne en matière de psychologie/psychiatrie de la personne âgée.



2.3. Importance des soins de première ligne

Notre recherche de littérature nous a également amené à identifier un grand nombre de publications soulignant l'importance des prestataires de soins de 1^{re} ligne – et en particulier du médecin généraliste – dans la prise en charge des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées. En effet, il apparaît que la plupart des personnes âgées voient régulièrement leur médecin généraliste et préfèrent recevoir leurs soins de santé (mentale) dans des conditions de 1^{re} ligne plutôt que dans des établissements de soins spécialisés. La littérature souligne également que les médecins généralistes connaissent le plus souvent le contexte psychosocial et les autres problèmes somatiques de leurs patients, ce qui apporte une dimension supplémentaire à leur diagnostic.

Cependant, certaines études montrent que cette 1^{re} ligne présente de nombreuses lacunes en matière de détection et de traitement, essentiellement dues à un manque de connaissances et de temps, aux présentations atypiques des problèmes de santé mentale des personnes âgées, au manque de collaboration et de communication entre la 1^{re} ligne et les professionnels spécialisés, et aux préférences et croyances (culturelles) des patients. Par ailleurs, une partie (souvent vulnérable) de la population âgée n'a que peu de contacts avec un médecin généraliste, ce qui entraîne un risque de non-détection de problèmes mentaux existants.

2.4. Perception du système belge par des stakeholders en référence aux modèles de la littérature (enquête en ligne)

Une **enquête en ligne** a été menée auprès d'un échantillon de 62 représentants des stakeholders et d'acteurs de terrain afin de connaître leur perception du système actuel et des besoins spécifiques des personnes âgées en référence aux principes C.A.R.I.T.A.S et au modèle CCM. Nous avons récolté 43 réponses.

2.4.1. Perception des stakeholders

Les répondants étaient plutôt d'avis que **le système actuel ne rencontre pas l'ensemble des besoins nécessaires au bien-être mental des personnes âgées**. Ils entendent par-là la préservation du maintien à domicile, de l'autonomie, du soin de soi, de la prise de décision autonome et du sens de la vie, ainsi que la prévention de la solitude, de l'isolement social, de la maltraitance, du sentiment d'insécurité et de l'utilisation inadéquate des services d'urgence. Il semble donc que l'offre de soins **ne puisse pas être considérée comme holistique** en ce sens qu'elle n'englobe pas l'ensemble des besoins physiques, psychologiques et sociaux des patients (premier principe C.A.R.I.T.A.S).

Les répondants étaient également d'avis que **le système n'intègre pas suffisamment les autres principes C.A.R.I.T.A.S et ceux du modèle CCM**. Ils ont notamment signalé des problèmes tels que :

- des lacunes en termes d'approche evidence-based, de sécurité, d'accessibilité dans le temps et de répartition géographique, et dans l'approche centrée sur le patient, et ce tant dans les soins résidentiels que non résidentiels. Il existe des programmes spécifiques pour les populations vulnérables et du soutien social pour les personnes âgées, mais il n'y a pas de programmes spécifiques de soutien aux personnes âgées dans leur environnement de vie. Dans les maisons de repos et de soins (MRS), l'organisation des soins ne répond pas aux besoins spécifiques des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale ;



- la nécessité de promouvoir une approche multidisciplinaire dans un objectif d'approche globale et intégrée, et la clarification des tâches et des rôles des uns et des autres. Pour cela, il est d'abord nécessaire de résoudre les problèmes de communication interprofessionnelle et la pénurie de prestataires de soins adéquatement formés ;
- le manque de guidelines evidence-based spécifiques pour les soins de santé mentale des personnes âgées ;
- le manque d'implication des patients dans les processus de décision ;
- l'absence de stratégies de soins échelonnés tant en soins résidentiels que non résidentiels.

Même s'ils préconisent plutôt **l'intégration des soins de santé mentale pour les personnes âgées au système de soins de santé pour les adultes**, les répondants soulignent **la nature spécifique des besoins des personnes âgées** et la nécessité de créer pour elles **une offre adaptée au sein du système existant**.

2.4.2. Pistes d'amélioration suggérées

Les répondants ont proposé plusieurs pistes d'amélioration :

2.4.2.1. Sur le plan de l'organisation des soins :

- mieux définir les soins primaires et secondaires, favoriser une meilleure communication entre les différents professionnels et arrêter de les mettre en concurrence les uns avec les autres ;
- mieux faire connaître l'offre de soins car elle n'est pas bien connue dans la population ;
- étendre l'offre de soins via les équipes mobiles « Article 107 », tout en augmentant leur disponibilité, l'offre de soins à domicile et dans les maisons de repos et les services de soutien pour les généralistes ;
- augmenter le personnel, en termes d'ETP, ainsi que ses compétences spécifiques et sa formation ;
- de façon générale, augmenter le financement des soins de santé mentale aux personnes âgées tant dans les milieux résidentiels que

non résidentiels (soins psychologiques, soins infirmiers et soins primaires en général).

2.4.2.2. Sur le plan de la prise en charge des patients :

- adapter les soins de santé mentale aux besoins spécifiques des personnes âgées (soins « taillés sur mesure »), notamment en développant une approche spécifique incluant le dépistage et/ou la détection précoce des problèmes de santé mentale ;
- éviter autant que possible les traitements médicamenteux. Ceci nécessite une optimisation des collaborations entre médecins généralistes et psychiatres ;
- améliorer la disponibilité des différents services et en faciliter l'accès.

2.4.2.3. Sur le plan de la formation des soignants :

- adapter la formation des médecins, psychologues, infirmiers, soignants informels à l'approche spécifique des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale ;
- soutenir les approches scientifiquement fondées (evidence-based) de manière à aligner toutes les pratiques.

2.4.2.4. Sur le plan de l'efficacité et de la qualité :

- mettre en place un système d'évaluation des besoins des personnes âgées ;
- mettre en place un système de mesure de la qualité des soins de santé mentale à domicile et recueillir les données nécessaires pour mesurer leur efficacité et leur qualité.

2.4.2.5. Sur le plan de la société :

- reconsidérer les paradigmes sociaux pour réduire la solitude, mettre en avant les capacités des patients plutôt que leurs déficiences et adapter l'organisation sociale et urbanistique (p.ex. les logements transgénérationnels ou de groupe).



3. QUE NOUS APPRENNENT LES EXEMPLES À L'ÉTRANGER?

Nous avons comparé les systèmes de soins de santé mentale pour les personnes âgées dans quatre pays : Angleterre, France, Pays-Bas et Canada. Ces quatre pays ont été sélectionnés sur base, notamment, de leurs similarités avec la Belgique et de la présence de services novateurs au sein de leurs systèmes de soins de santé mentale pour les personnes âgées.

3.1. Orientations globales

Les priorités officielles des États sont rarement basées sur les soins de santé mentale pour les personnes âgées. Elles concernent plus souvent les politiques de santé ciblant toutes les personnes âgées, ou les politiques de santé mentale, mais alors pour les adultes en général. L'Angleterre et le Canada ont toutefois défini des objectifs plus précis en termes d'organisation des soins et **publié des guidelines officiels** qui suivent de près les principes C.A.R.I.T.A.S. (voir encadrés ci-dessous). Ces guidelines ne sont pas obligatoires mais fortement recommandés. On y retrouve les stratégies de *stepped care*, de soins collaboratifs et de prévention ciblée.

Comme la Belgique, tous les pays étudiés ont abandonné l'approche institutionnelle en faveur de **soins de santé mentale prestés dans la communauté**, avec des équipes de santé mentale gériatrique et des équipes mobiles à domicile.

Les impératifs somatiques sont souvent pris en compte dans l'offre de soins de santé mentale. Par exemple, en Angleterre, les équipes de crise sont formées à reconnaître les problèmes somatiques qui nécessitent une hospitalisation et à procéder à des analyses de sang ou d'urine. Au Canada, les équipes mobiles de santé mentale pour personnes âgées réalisent une évaluation holistique permettant l'élaboration du plan de soins sur la base des facteurs somatiques, psychologiques, émotionnels et sociaux identifiés. En France, les psychiatres du Centre Régional de Référence de Psychiatrie du Sujet Âgé (CRRPSA de l'ARS d'Île-de-France) se forment également à identifier les problèmes somatiques chez leurs patients.

Enfin, **la multidisciplinarité est la pierre angulaire** des modèles d'organisation étudiés à l'étranger.

Les guidelines anglais

De façon résumée, **les guidelines anglais** recommandent que les services de santé mentale pour les personnes âgées :

- soient basés sur une approche intégrée avec les services sociaux ;
- soient organisés en étroite relation avec les prestataires de soins de première ligne ;
- soient basés sur les besoins des personnes âgées et pas seulement sur leur âge ;
- portent tant sur les troubles comme la dépression ou la psychose que sur les problèmes dégénératifs comme la démence ;
- tiennent compte du fait que les personnes âgées présentent souvent une combinaison de problèmes de santé mentale et physique et qu'ils répondent bien aux interventions psychologiques ;
- soient multidisciplinaires et offrent à la fois des soins à domicile et des services communautaires de crise, ainsi que des services de liaison spécialisés dans les hôpitaux aigus.

Les guidelines canadiens

De façon résumée, **les guidelines canadiens** recommandent que les services de santé mentale pour les personnes âgées :

- développent des stratégies de prévention et de lutte contre la stigmatisation ; sensibilisent le public au cheminement vers le rétablissement et le bien-être ;
- incluent la formation des professionnels de la santé et des soignants informels ;
- veillent à l'identification précoce des symptômes signalant la possibilité de problèmes de santé mentale ;



- évaluent les politiques, les programmes et les services prestés à l'aide d'instruments spécifiques ;
- s'adaptent au contexte et aux ressources locales, à la taille de la population, aux lacunes et goulots d'étranglement existants ainsi qu'aux priorités de la collectivité locale ;
- prennent en compte la diversité parmi les personnes âgées et au sein des minorités ;
- soutiennent, valorisent et considèrent les aidants informels comme des partenaires actifs ;
- offrent des soins de première ligne au niveau de la communauté, des services de santé mentale généraux et spécialisés, y compris des équipes de soins se déplaçant à domicile et dans les MRS.

3.2. Organisation des soins

3.2.1. Médecins généralistes

Dans les 4 pays analysés, les **médecins généralistes** assurent la première ligne de soins. Aux Pays-Bas, ils sont **assistés** par un infirmier spécialisé en santé mentale ou un psychologue. Ensemble, ils gèrent 90% des problèmes de santé mentale de leurs patients et jouent le rôle de **gatekeepers** pour l'accès à la deuxième ligne.

3.2.2. Intervenants spécialisés

- Dans les quatre pays analysés, la deuxième ligne repose sur les **psychiatres** qui travaillent en milieu hospitalier et extrahospitalier (consultations, hôpitaux de jour, services psychiatriques généraux ou gériatriques). Les spécialistes formés en **psychiatrie de la personne âgée** sont rares, ce qui les limite souvent à un rôle de supervision ; leur activité se focalise sur les patients présentant des problèmes complexes.

- Des **psychologues** interviennent parfois en première ligne, comme en Angleterre (IAPT) et aux Pays-Bas (première ligne et centres de santé mentale de base) mais leur rôle se situe principalement au niveau de la seconde ligne. Dans tous les pays, on en trouve également dans certaines équipes mobiles psychiatriques/gériatriques, ou comme salariés dans les maisons de repos (EHPAD en France).
- Les **gériatres** interviennent également dans les soins de santé mentale pour les personnes âgées en France, au Canada et aux Pays-Bas. Ils prennent généralement en charge les cas mixtes où coexistent des problèmes de santé mentale et somatique et soutiennent les équipes mobiles pour les questions gériatriques. Aux Pays-Bas, ils sont également sollicités pour la prise en charge des personnes âgées référées par les médecins généralistes vers les centres communautaires de santé mentale de deuxième ligne.
- Les **infirmiers psychiatriques spécialisés** (*mental health nurses*) travaillent principalement en seconde ligne dans les hôpitaux, les équipes mobiles ou les centres de santé mentale communautaires, sauf aux Pays-Bas, où ils sont disponibles en première ligne. Leur rôle est d'aider au diagnostic et à l'orientation vers les autres services de santé mentale.
- Des **travailleurs sociaux** et des **ergothérapeutes** sont généralement impliqués dans les soins de seconde ligne, au sein des équipes multidisciplinaires hospitalières ou ambulatoires. Le plus souvent, ils interviennent pour les suivis de cas complexes après leur sortie. En France, ils sont également impliqués dans les réseaux gérontologiques

3.2.3. Centres de santé mentale communautaires

En Angleterre, au Canada et aux Pays-Bas, les **centres de santé mentale communautaires** comprennent des **équipes spécialisées dans les soins de santé mentale gériatriques**. Ces équipes interviennent en consultations ambulatoires, à domicile, en hôpitaux de jour ou en maisons de repos. Aux Pays-Bas, environ trois centres de santé mentale communautaires sur quatre proposent des consultations à domicile.



3.2.4. Équipes psychiatriques mobiles

Dans les quatre pays, il existe des **équipes mobiles multidisciplinaires** qui dispensent des **soins de santé mentale** dans le **lieu de résidence** des patients (domicile ou maison de repos). Un *case manager* s'assure de la bonne coordination entre les intervenants tout en prenant part aux soins. Cette approche a démontré son efficacité pour éviter l'hospitalisation. Ces équipes apportent également un soutien et proposent des formations aux professionnels de première ligne.

3.2.5. Équipes de crise

Dans les quatre pays, il existe des **équipes de crise**, mais elles ne sont pas spécialement formées pour gérer les personnes âgées. Au Canada, les services d'urgence disposent d'**infirmiers urgentistes gériatriques** qui peuvent aider à la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles mentaux aigus, en particulier dans les cas mixtes (ex: délire).

3.2.6. Services de jour

Dans les quatre pays, les **hôpitaux ou centres de jour** proposent soit des activités de maintien de l'autonomie et de la vie sociale, soit des soins psychothérapeutiques et des soins de réadaptation.

3.2.7. Hôpitaux

Lorsque les soins dans la communauté ne sont pas (ou plus) possibles, les personnes âgées dont les problèmes de santé mentale sont graves et complexes peuvent être admises dans les hôpitaux :

- En Angleterre, il est recommandé d'orienter les patients âgés vers des **unités de psychiatrie spécifiques pour personnes âgées**, les services psychiatriques généraux n'étant pas toujours en mesure de répondre à leurs besoins spécifiques.
- En France, des **services d'hospitalisation spécifiques** ont été développés pour les personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale ; ils fonctionnent sous la supervision de psychiatres et avec la collaboration de gériatres et de neurologues.

- Aux Pays-Bas, on observe une tendance à la diminution du nombre de lits dans les établissements psychiatriques et une réorientation des personnes âgées ayant des problèmes complexes et mixtes **vers les services généraux de gériatrie**.
- Au Canada, **trois types de lits psychiatriques gériatriques** sont recommandés par les guidelines pancanadiens de 2011 : 1 / les lits de soins aigus, qui peuvent être spécifiques aux personnes âgées (durée de séjour <30 jours) ; 2 / les lits de moyen séjour (30-90 jours) comme solution alternative quand la prise en charge ne peut plus être assumée par la première ligne ; et 3 / les lits de long séjour /de réadaptation (> 90 jours) pour les personnes âgées qui présentent des troubles psychologiques et comportementaux dus à des maladies psychiatriques de longue durée ou à la démence. Il faut y ajouter des lits chroniques dans les hôpitaux généraux pour accueillir les personnes âgées qui attendent une prise en charge à domicile, dans une maison de repos ou un établissement de réadaptation. À l'avenir, ces lits hospitaliers de long séjour devraient être remplacés par des places dans les établissements spécialisés de long séjour (de type MRS).

Le recours aux **équipes de liaison interne en psychiatrie** est recommandé dans les hôpitaux généraux en Angleterre, au Canada et en France pour secondar les unités d'hospitalisation non-psychiatrique ayant en charge des patients présentant des problèmes de santé mentale en plus de leur motif d'admission ; ces équipes incluent des intervenants formés à la santé mentale gériatrique.



3.2.8. Maisons de repos/de repos et de soins (*nursing homes*)

Le secteur des maisons de repos (*nursing homes*) est organisé de manière différente dans les pays étudiés et a ses particularités :

- en France, il comprend des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) dont l'accès dépend du niveau de dépendance ou de la présence de problèmes de comportement liés à la démence ;
- aux Pays-Bas, le nombre de MRS diminue en faveur des soins au long cours à domicile ;
- au Canada, il est courant que les résidents des maisons de repos présentent des troubles psychiatriques ou cognitifs, ou une combinaison des deux, en plus de leurs problèmes médicaux. Par conséquent, certains établissements sont de facto devenus des établissements de santé mentale de long séjour.

3.3. Principaux obstacles constatés et solutions identifiées

De façon générale, les guidelines anglais et canadiens offrent un canevas global qui serait tout à fait applicable chez nous et qui permet en théorie d'éviter les principaux obstacles identifiés, qui sont la stigmatisation, la mauvaise communication entre lignes de soins et les lacunes en termes de formation et de compétences des intervenants.

3.3.1. Stigmatisation et mauvaise information

Qu'elle porte sur l'âge, sur les problèmes de santé mentale, ou les deux, la stigmatisation est une question perçue comme préoccupante dans les quatre pays étudiés. Elle influence aussi bien les personnes âgées elles-mêmes et leurs familles que les prestataires de soins.

Un autre obstacle à l'accès des personnes âgées à des prises en charge psychologiques est que les problèmes de santé mentale sont souvent perçus comme une conséquence des problèmes de santé physique ou comme inhérents au processus normal de vieillissement, et sont donc sous-traités.

Pour remédier à ces problèmes, l'Angleterre a lancé plusieurs **campagnes de sensibilisation** visant à réduire la stigmatisation tant au sein du système de santé que dans la population en général.

L'adoption de guidelines, d'outils d'évaluation et de procédures de soins efficaces, en favorisant une perception plus positive des soins, peut aussi constituer un moyen de lutte contre la stigmatisation. Des indicateurs de performance peuvent être utilisés pour évaluer l'efficacité de programmes de soins de santé mentale chez les personnes âgées et soutenir leur mise en œuvre. Par exemple, au Canada, on a remarqué que les soins à domicile peuvent constituer une solution alternative efficace aux soins résidentiels quand les systèmes de santé sont hautement intégrés.

3.3.2. Manque de communication et réorientations inappropriées

Le manque de communication entre les première et deuxième lignes de soins est un problème récurrent qui semble omniprésent (et pas seulement dans les soins de santé mentale).

La première réponse réside assurément dans les équipes multidisciplinaires, qui sont déjà largement implantées dans les soins aux personnes âgées. La communication y est généralement très efficace et repose sur des dossiers partagés, un système informatique intégré, des protocoles cliniques et des réunions cliniques multidisciplinaires.

Les réseaux de géro-psycho-geriatrie et de gériatrie mis en place dans certains pays (France, Pays-Bas) permettent d'établir un lien entre le domaine social et le domaine psycho-médical.

3.3.3. Manque d'expérience et de formation des équipes de soins

En Angleterre, les professionnels des équipes de santé mentale reconnaissent souvent manquer de confiance en eux lorsqu'ils abordent des personnes âgées, en particulier lorsque celles-ci cumulent un problème de santé mentale avec des problèmes somatiques, des situations socio-économiques précaires ou des difficultés de communication. Ils peuvent également éprouver des difficultés à établir des relations thérapeutiques avec les personnes âgées.



Aux Pays-Bas, il a été évalué que le personnel des services d'urgence manque souvent de compétences et d'expérience – mais aussi d'intérêt – vis-à-vis des besoins complexes des personnes âgées. L'exemple canadien des infirmiers gériatriques présents dans les services d'urgence pour compenser le manque de connaissances (et d'intérêt) envers les problèmes de santé mentale des personnes âgées est très intéressant de ce point de vue.

Décloisonner le travail des gériatres, urgentistes, médecins généralistes et spécialistes de la santé mentale permettrait aux uns et aux autres d'apprendre à mieux cerner les besoins des personnes âgées et à y répondre plus adéquatement. En Angleterre, il a été établi que maximiser le recrutement et la rétention des professionnels et réduire au minimum leur rotation dans les équipes mobiles est un moyen efficace d'accroître leurs compétences. Des formations en psychiatrie de la personne âgée sont mises en place dans les différents pays.

4. UTILISATION ACTUELLE DE SOINS DE SANTÉ MENTALE PAR LES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE

4.1. Utilisation des soins de santé mentale en institution par les personnes âgées

La fréquentation des soins de santé mentale institutionnels par les personnes âgées est **globalement faible et stable** depuis 2003 :

- Lits psychiatriques : Les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux regroupent différents types de lits dont des lits Sp6 et Tg spécifiques pour les patients « psycho-gériatriques ». Le nombre de séjours de personnes âgées dans les hôpitaux psychiatriques et les lits psychiatriques des hôpitaux généraux est stable depuis 2003 ; il est presque deux fois moins élevé pour les personnes âgées (> 65 ans) que pour les moins de 65 ans :
 - En 2013, le nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques (tous types de lits confondus) pour 100 000 habitants s'élève à 233, 135 et 108 pour les personnes âgées respectivement de moins de 65 ans, de 65 à 74 ans et de 75 ans ou plus.
 - Pour la même année, le nombre d'admissions en hospitalisation psychiatrique dans les hôpitaux généraux (tous types de lits confondus) pour 100 000 habitants s'élève à 498, 272 et 109 pour les personnes âgées de moins de 65 ans, de 65 à 74 ans et de 75 ans ou plus.
- Centres de jour psychiatriques : Les écarts entre les tranches d'âge sont moins marqués pour les séjours en centres de jour psychiatriques, avec respectivement 37, 40 et 27 admissions par 100.000 habitants pour les moins de 65 ans, les 65-74 ans et les plus de 75 ans.



- Maisons de soins psychiatriques (MSP) : ces établissements accueillent des patients de tous âges qui ont un trouble psychiatrique stable requérant des soins permanents à long terme ainsi que des personnes présentant un déficit intellectuel nécessitant une supervision constante. Il s'agit donc de personnes qui ne peuvent pas vivre de façon autonome dans la communauté. Le pourcentage de personnes âgées résidant dans les MSP a diminué entre 2004 et 2013 : de 27,5% à 23,8% pour les 65-74 ans et de 17,1% à 10,3% pour les > 75 ans.
- Initiatives d'habitations protégées (IHP) : ces établissements accueillent des patients psychiatriques adultes ne nécessitant pas de soins constants afin de les soutenir dans l'acquisition de compétences sociales menant à une vie autonome. La proportion de personnes âgées y est restée stable entre 2003 et 2013, autour de 9% pour les 65-74 ans et de 2% pour les > 75 ans.

Le secteur des soins de santé mentale hospitaliers pour les personnes âgées est actuellement confronté à trois défis majeurs :

- la **pénurie de professionnels** (psychiatres, infirmiers, paramédicaux) formés à la **psychiatrie et à la gériatrie**. Ces services sont également affectés par la forte demande globale d'expertise gériatrique, qui dépasse l'offre de ressources disponibles ;
- le **vieillessement de la population** et l'augmentation des maladies chroniques, qui exigeront d'ici 2025 une **augmentation des lits psycho-gériatriques** allant jusqu'à 25% (Rapport KCE 289) ;
- le **manque de lits** en structures alternatives non hospitalières pour accueillir les patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers mais qui ne peuvent pas retourner chez eux.

Une partie des prises en charge de personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale pourrait **glisser de l'hôpital vers d'autres milieux de soins**, ouvrant des opportunités au développement de formules de soins alternatives plus proches de l'environnement naturel de la personne et moins complexes. Ces formules alternatives pourraient inclure des **hébergements temporaires** pour les patients qui ne peuvent pas revenir immédiatement dans leur lieu de vie habituel, ainsi que des **lits « psycho-gériatriques » spécialisés dans les MRS**. Une autre option pourrait être de créer des lits supplémentaires ou de faciliter les séjours dans les maisons de soins psychiatriques (MSP) ou les habitations protégées (IHP).

Dans quel secteur se situent les Maisons de repos et de soins (MRS) ?

La littérature internationale n'est pas homogène sur ce point. Stricto sensu, les MRS sont des lieux de soins résidentiels, puisque les personnes y séjournent (et y sont d'ailleurs comptabilisées en nombre des lits).

Toutefois, dans le contexte de cette étude, il nous a semblé préférable de les considérer comme des lieux de soins « dans la communauté » (*community care* des anglo-saxons). En effet, on peut considérer que les MRS deviennent le domicile des personnes qui y résident. Par ailleurs, même s'il s'agit d'établissements de soins, les soins qui y sont donnés ne sont pas spécifiquement des soins de santé mentale et s'apparentent davantage à la première ligne classique (visite du médecin généraliste, soins infirmiers « à domicile »).

Dans la suite de cette étude, les MRS seront donc assimilées au domicile des personnes âgées qui y résident, sauf mention contraire.



4.2. Utilisation des soins de santé mentale dans la communauté par les personnes âgées

4.2.1. Les services de santé mentale (SSM – CGG)

Les Services de santé mentale (SSM) et les *Centra voor Geestelijke Gezondheid* (CGG) assurent une prise en charge ambulatoire spécialisée par une équipe pluridisciplinaire (généralement composée d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un travailleur social et d'un infirmier). Il y a 65 SSM reconnus en Région wallonne, 20 en Flandre (dont un à Bruxelles) et 23 pour la région de Bruxelles.

Les SSM sont chargés de proposer des soins adaptés aux besoins de trois groupes cibles : enfants et adolescents jusque 18 ans, adultes, personnes âgées de plus de 65 ans. En ce qui concerne les personnes âgées, les services offerts sont toutefois très variables et dépendent des ressources humaines que chaque SSM peut mettre à la disposition de ce groupe d'âge.

Globalement, **la fréquentation des SSM – CGG par les personnes âgées est faible**. D'après les données les plus récentes, le pourcentage de patients âgés de plus de 65 ans ayant eu au moins un contact avec un professionnel dans un service de santé mentale est de 11% en Flandre (2016) et de 7,5% en Wallonie (2008-2011).

Les **obstacles à la fréquentation** des SSM – CGG par les personnes âgées peuvent être résumés comme suit :

- Du côté des professionnels, la **charge de travail est très élevée** car ils doivent répondre aux demandes de soins de l'ensemble de la population. De plus, ces professionnels n'ont pas toujours la possibilité de suivre des **formations** qui leur permettraient de répondre de façon adéquate aux demandes spécifiques des personnes âgées et de se familiariser avec le **travail en collaboration** avec de multiples autres acteurs (famille, services de soins à domicile).
- Du côté des personnes âgées, la **stigmatisation** pesant sur les problèmes de santé mentale rend difficile la prise de contact avec les SSM – CGG. De plus, les personnes âgées ont souvent une **mobilité limitée** à l'extérieur de leur domicile et, par conséquent, l'accès au traitement peut aussi dépendre de la capacité et de la volonté des professionnels à se déplacer au domicile.

Les autorités fédérées ont cherché à améliorer spécifiquement l'offre de soins de santé mentale aux personnes âgées **en allouant des ressources supplémentaires aux SSM – CGG**. Ces projets spécifiques sont développés plus loin (voir 4.2.4).

4.2.2. Les équipes psychiatriques à domicile

Les équipes mobiles de soins psychiatriques à domicile (SPAD), structurellement liées aux Initiatives d'Habitations protégées (IHP), sont chargées de « la prise de contact, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le conseil, l'activation, la psychoéducation et autres soins aux personnes pouvant être maintenues dans leur environnement familial ». Ces équipes peuvent également développer des **expertises spécifiques** en fonction des besoins identifiés dans leur zone géographique, comme le **coaching** des professionnels de 1^{re} ligne, la **coordination** des intervenants autour des patients et le **soutien direct** aux patients dans leur environnement familial.

Après presque 10 ans d'existence, les SPAD sont toujours étiquetées « projets pilotes » mais ont trouvé un nouveau cadre de travail dans la fonction 2 de la réforme, à savoir « les équipes ambulatoires de traitement intensif pour les problèmes aigus (2a) ou chroniques (2b) ». L'évaluation de la proportion d'interventions chez des personnes âgées n'est pas (encore) disponible.



4.2.3. Les soins ambulatoires

En Belgique, il n'existe **pas de titre professionnel particulier pour la psychiatrie de la personne âgée**. Les médecins spécialistes en (neuro)psychiatrie peuvent se spécialiser (titre professionnel particulier) en psychiatrie pour adultes ou en psychiatrie pour enfants et adolescents. Ils peuvent également acquérir le titre professionnel particulier en gériatrie, menant au titre de « spécialiste en psychiatrie et en **gériatrie** ». Certains « géronto-psychiatres » ou « psycho-gériatres » ont obtenu ces titres après des formations à l'étranger mais ils ne correspondent pas à une reconnaissance officielle en Belgique.

Les infirmiers peuvent obtenir un titre professionnel particulier **d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie ou d'infirmier spécialisé en soins gériatriques**.

4.2.3.1. Les médecins spécialistes

En Belgique, le nombre total d'actes réalisés par les **psychiatres** (consultations et psychothérapies) diminue au fil des ans pour l'ensemble de la population (réduction de 10% pour les psychothérapies entre 2008 et 2015 et réduction de 3% pour les consultations). Cependant, pour la population âgée de 65 ans ou plus, le nombre de psychothérapies a augmenté entre 2008 et 2015.

4.2.3.2. Les psychologues/psychothérapeutes

La profession de psychologue clinicien est reconnue comme profession autonome depuis 2016. En ambulatoire, les psychologues cliniciens travaillent en pratiques privées, dans des maisons médicales, des SSM ou d'autres types de centres (Planning familial, PMS, etc.). La reconnaissance des psychothérapeutes est également réglée par la loi depuis 2016.

Comme les consultations de psychologues et de psychothérapeutes ne font pas l'objet d'un remboursement, il nous a été impossible de déterminer le nombre de personnes âgées qui ont recours à leurs services.

4.2.3.3. Les médecins généralistes.

Le **médecin généraliste** (MG) est souvent le premier professionnel contacté en cas de problème de santé en général ; il intervient dans la détection, le diagnostic ou le traitement des « problèmes médicaux » mentaux ou somatiques. Pour la population âgée, son rôle est souvent plus important encore car il développe souvent une relation étroite et durable avec ses patients âgés et a des contacts fréquents avec eux, tant à domicile qu'en MRPA/MRS. En ce qui concerne plus spécifiquement la santé mentale, son rôle est cependant moins bien défini et plusieurs problèmes persistent :

- La communication entre MG et professionnels spécialisés en santé mentale n'est pas toujours optimale et les premiers ne sont pas toujours informés du type de soutien qu'ils peuvent recevoir des seconds,
- Les possibilités de réorientation des patients vers des prises en charge mieux adaptées à leurs problèmes de santé mentale ne sont pas toujours bien connues des MG ; ils pourraient notamment référer plus souvent les patients à des psychologues, des psychothérapeutes ou des psychiatres.
- Il a récemment été proposé que les MG participent activement à un système de soins psychologiques de première ligne mais ils devraient pour cela avoir la possibilité de mener un certain nombre de « consultations de longue durée » (Rapport KCE 265).
- Il est nécessaire d'améliorer l'accès des MG à une formation continue en matière de santé mentale.

Étant donné qu'il est impossible de distinguer les visites pour cause de problème de santé mentale des autres dans les données de l'échantillon permanent, il n'a pas été possible de mesurer avec exactitude l'importance des soins de santé mentale délivrés par les MG aux personnes âgées. On sait toutefois que le nombre de contacts avec le MG augmente avec l'âge : de 3 visites par an (médiane) pour les < 65 ans, on passe à 6 par an pour les 65-74 ans et à 10 par an pour les > 75 ans.



4.2.3.4. Les services de soins à domicile

Les services d'aide et de soins à domicile (infirmiers, aides familiaux, etc.) sont également des acteurs clés pour le maintien des personnes âgées le plus longtemps possible dans leur environnement naturel. Ils sont quotidiennement confrontés à des questions sur la façon de gérer les problèmes de santé mentale. Il n'est cependant pas possible de déterminer la part des problèmes de santé mentale dans les données relatives aux forfaits de soins à domicile.

Les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD) et les *Eerstelijnszones* peuvent organiser des concertations multidisciplinaires réunissant différents acteurs de la 1^{re} ligne autour de patients dépendants vivant à domicile. Depuis 2012, un remboursement spécifique est prévu pour la « **concertation autour du patient psychiatrique à domicile** ». Parmi les nombreuses conditions requises pour en bénéficier, il faut que le patient ne présente pas de pathologie psychiatrique organique ou de retard mental et que l'intervention réunisse au moins trois professionnels différents, dont au moins un actif dans les soins de santé mentale et un en première ligne^d. En 2016, 11,7% des 1502 remboursements effectués concernaient des plans de concertation pour des personnes âgées (65+), ce qui correspond au pourcentage de consultations de personnes âgées chez un psychiatre (11,8%).

Les professionnels de la prise en charge à domicile peuvent suivre des formations aux problèmes de santé mentale des personnes âgées, proposées par différents acteurs du secteur.

4.2.4. Les projets spécifiques pour les personnes âgées

Comme mentionné précédemment, la réforme « article 107 » a en quelque sorte « oublié » la population des personnes âgées. Cela n'a toutefois pas empêché que des initiatives en leur faveur soient mises sur pied ou poursuivies par des acteurs de terrain, financées par les autorités tant fédérales que fédérées. Des descriptions plus détaillées de ces différents projets peuvent être trouvées dans le rapport scientifique, chapitre 4.2.4.

4.2.4.1. Les projets « Protocole 3 » (financement fédéral)

Pour rappel, les projets « Protocole 3 », essentiellement axés sur le *case management*, sont situés en dehors du secteur des soins de santé mentale. Leur objectif est de retarder l'institutionnalisation en améliorant la qualité de vie des personnes de 60 ans et plus. Sur les 66 projets initiaux, 13 comportaient des interventions psychologiques ou psychosociales, dont 8 comme composante principale (5 en Flandre, 2 en Wallonie et 1 à Bruxelles).

Ils ont fait l'objet de plusieurs évaluations par des scientifiques indépendants. Ces évaluations se rejoignent sur une série de conclusions :

- La plupart des projets Protocole 3 concernaient des personnes âgées souffrant de **problèmes psychosociaux non complexes** (début de démence, dépression, deuil, solitude ou angoisse) sans obligation de diagnostic spécifique.
- **Les interventions de soins** étaient très variables, allant de consultations de psychothérapie (éventuellement au domicile du patient) à du soutien social. Les durées de traitement et la régularité des consultations variaient d'un projet à l'autre.
- **L'implication du patient et de ses proches** dans le plan de soins et la prise de décision a été considérée comme un élément essentiel pour l'optimisation des soins.

^d AR 27-03-2012



- **La stigmatisation de la maladie mentale** a souvent été évoquée comme une barrière empêchant les personnes âgées et leurs proches de demander l'aide de professionnels spécialisés (p.ex. un psychiatre). Les personnes âgées semblaient mieux accepter les interventions psychologiques lorsqu'elles avaient lieu à la maison.
- Le soutien apporté aux **professionnels de terrain** via des **formations spécifiques** a été perçu comme un élément clé pour l'amélioration des soins. L'expertise clinique et la stabilité du personnel ont été considérées comme des facteurs clés de succès de ces initiatives.
- **Le manque de services psychiatriques spécifiques pour les personnes âgées** a été considéré comme problématique.

4.2.4.2. Les projets financés par la Région wallonne

En Région wallonne, des fonds spécifiques sont octroyés aux Services de Santé mentale (SSM) qui ont développé des « initiatives spécifiques pour les personnes âgées » (ISPA). Quatre sont en fonctionnement à l'heure actuelle. Il s'agit d'interventions en santé mentale (p.ex. psychothérapies, interventions psychosociales) effectuées **dans l'environnement naturel du patient** (domicile ou MRPA/MRS), en étroite collaboration avec les aidants informels et d'autres professionnels de l'aide et des soins. Les projets peuvent également comporter des **formations** à la psycho(patho)logie des personnes âgées à destination des professionnels de terrain.

Il existe très peu de données chiffrées sur les interventions des ISPA, mais leur évaluation qualitative a mis en avant leur bonne intégration avec les autres services de santé mentale dans leur zone géographique, leur approche multidisciplinaire et la mobilité de l'équipe. Ce dernier point améliore significativement l'accessibilité des soins de santé mentale pour les personnes âgées. Les équipes identifient toutefois quelques points faibles, comme leur petite taille par rapport à leurs zones de recrutement très étendues, le manque de soutien administratif, la méconnaissance du grand public au sujet des problèmes de santé mentale des personnes âgées et le manque de possibilités de formation des intervenants.

4.2.4.3. Les projets financés par la Flandre

Depuis 2012, la Communauté flamande octroie des financements supplémentaires aux *Centra voor Geestelijke Gezondheid* (CGG) pour renforcer le rôle des équipes spécialisées dans les soins aux patients âgés. Selon les chiffres officiels, ceci a permis d'augmenter le pourcentage de patients âgés fréquentant les CGG, (passant de 8% en 2010 à 11% en 2016) ainsi que le nombre de nouveaux traitements («nieuwe zorgperiodes»).

À Gent, le CPAS a complété l'offre locale du *Lokale Dienstencentrum* (LDC) par le financement d'un psychologue pour la prévention et le traitement de la dépression chez les personnes de 60 ans et plus. Ces soins sont dispensés dans les centres locaux de santé mentale ou dans le lieu de vie des personnes âgées. La durée de ces prises en charge est variable mais elle ne comprend pas de traitement psychologique intensif, d'intervention de crise, ni de prise en charge des problèmes psychiatriques chroniques. Aucune évaluation n'est encore disponible.

Les autorités flamandes ont également financé des projets innovants de développement de lieux de vie thérapeutiques alternatifs pour les patients psychiatriques chroniques (*proeftuinen*). Quatre de ces projets portent (en partie) sur les personnes âgées ; l'évaluation de ces projets est en cours.

4.2.5. Programmes de réadaptation psychosociale

Enfin, pour être complets, il faut également ajouter les programmes de réadaptation psychosociale des centres spécialisés financés par des conventions avec l'INAMI. En 2015, moins de 2% des patients qui y ont pris part en Flandre étaient âgés de 65 ans ou plus. Dans les centres de réadaptation pour toxicomanes, le pourcentage de patients âgés de plus de 60 ans était de respectivement 0,3%, 2,1% et 3,5% en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles. Ces conventions ciblent généralement les groupes d'âge plus jeunes car l'un de leurs principaux objectifs est de réintégrer les personnes dans la communauté et de leur rendre l'accès au marché du travail.



5. MESSAGES CLÉS

5.1. Quelles sont les exigences de base pour des soins de santé mentale adaptés aux besoins des personnes âgées ?

5.1.1. Les soins doivent être organisés non sur la base de l'âge mais en fonction des besoins spécifiques et de la fragilité

Message clé 1 : Les personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale forment un groupe très hétérogène. Leurs besoins spécifiques varient en fonction de leur fragilité et de leur profil de pathologies plutôt que de leur âge chronologique.

5.1.2. Seule une étroite collaboration entre les professionnels des soins somatiques, mentaux et sociaux peut mener à une prise en charge réellement holistique.

Comme le soulignent les guidelines canadiens et anglais, un modèle de soins pour les personnes âgées ne peut être complet et intégré que si la santé mentale est prise en compte en même temps que les soins de santé généraux. Les spécialistes en soins de santé mentale et gériatriques doivent y jouer un double rôle : répondre aux besoins des patients dont les problèmes sont complexes, mais également collaborer et soutenir les soins de première ligne et les intervenants sociaux. En effet, les principes C.A.R.I.T.A.S insistent non seulement sur la disponibilité des services mais aussi sur la collaboration et l'alignement de tous les acteurs impliqués ; ceci nécessite une bonne coordination des soins (*case management*) et un échange de données entre le secteur médical et le secteur social, ainsi qu'entre la première et la deuxième lignes.

Nous avons identifié plusieurs exemples de bonne communication entre professionnels :

- En Belgique, certaines MRS ont établi des collaborations avec des hôpitaux psychiatriques et des centres d'expertise pour la démence.
- Les projets du Protocole 3 favorisent la présence d'un case manager, l'utilisation de dossiers partagés (notamment en utilisant l'outil BelRAI), d'un système informatique intégré, de protocoles cliniques et de réunions cliniques multidisciplinaires
- À l'étranger, les collaborations entre soins de première ligne, spécialistes de la santé mentale, médecine gériatrique et médecine d'urgence augmentent la sensibilisation des uns et des autres aux besoins spécifiques des personnes âgées. Les exemples sont nombreux : présence d'un infirmier gériatrique au service des urgences, collaborations entre psychologues et MG en première ligne, présence de gériatres dans les centres communautaires de santé mentale, équipes de liaison psychiatrique spécialisées pour personnes âgées dans les hôpitaux généraux, téléconférence entre les équipes mobiles de santé mentale et les spécialistes en psychiatrie/psychologie de la personne âgée lors de visites à domicile, création de large réseaux intersectoriels incluant tous les acteurs impliqués en santé mentale de la personne âgée.

Lors de notre enquête auprès des stakeholders belges, ceux-ci nous ont également confirmé qu'il était nécessaire de promouvoir une approche multidisciplinaire dans un objectif d'approche globale et intégrée, de clarifier les tâches et les rôles des uns et des autres, et d'instaurer une meilleure communication – en dehors de toute concurrence – entre les professionnels.

Message clé 2 : Des collaborations étroites entre les professionnels de la santé mentale, des soins de première ligne, des soins gériatriques, des services d'urgence et des professionnels du secteur social permettent d'améliorer la qualité des soins de santé mentale pour les personnes âgées. L'utilisation de l'outil BelRAI et la présence d'un case manager permettent d'y contribuer.



5.1.3. Les soins doivent être dispensés dans des contextes variés

5.1.3.1. Clarifier et renforcer le rôle des différents acteurs de la 1^{re} ligne

Tant les recommandations de l'OMS que les directives internationales mettent en avant le rôle des **médecins généralistes (MG)** dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. Non seulement ils sont souvent les premiers professionnels contactés en cas de problème de santé, mais, dans le cas des personnes âgées, leurs contacts-patients sont aussi plus fréquents qu'avec le reste de la population. Leur rôle est également central pour une stratégie de *stepped care* car ils sont les mieux placés pour identifier les problèmes de santé mentale et proposer un premier traitement non intensif. Ils peuvent également prendre en charge les plaintes somatiques qui coexistent souvent chez ces patients.

Par ailleurs, notre étude des exemples étrangers souligne que les intervenants des soins à domicile et les case managers peuvent également aider à l'identification précoce des problèmes de santé mentale.

En Belgique, le rôle central des MG est largement reconnu, ainsi que celui des **services d'aide et de soins à domicile**. Afin de permettre aux uns et aux autres de jouer le rôle clé que l'on attend d'eux, il est nécessaire de faciliter leur collaboration avec des professionnels spécialisés (psychologues, infirmiers spécialisés en gériatrie/psychiatrie) et avec les institutions de soins, ainsi que d'approfondir leur formation.

Message clé 3 : Les soignants de 1^{re} ligne jouent un rôle clé dans la détection et la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes âgées. Il est cependant indispensable de leur offrir une formation spécifique et le soutien de professionnels spécialisés.

5.1.3.2. Offrir des soins à bas seuil d'accès dans les Services de santé mentale

À l'étranger, les services de santé mentale communautaires disposent de spécialistes (médecins ou infirmiers spécialisés en gériatrie, en psychiatrie, ou les deux) capables d'évaluer si les symptômes d'un patient sont liés à un problème de santé mentale, une maladie somatique ou une maladie psycho-organique. Ils peuvent intervenir au domicile du patient ou en maison de repos/de repos et de soins.

On sait que les interventions au domicile permettent de répondre aux deux principaux problèmes d'accessibilité : primo, elles sont favorablement accueillies par les personnes âgées et leur famille malgré la stigmatisation pesant généralement sur les problèmes de santé mentale et secundo, elles permettent aux personnes âgées dont la mobilité est limitée d'avoir malgré tout accès à des professionnels spécialisés. Les interventions au domicile du patient conduisent à une évaluation plus précise et une meilleure prise en charge des patients âgés.

En Belgique, on constate que les Services de santé mentale (SSM) atteignent difficilement le groupe-cible des personnes âgées. Certaines initiatives ciblées soutenues par les autorités fédérées ont pourtant réussi à améliorer cette situation ; leur caractéristique commune semble être de permettre aux professionnels d'intervenir au domicile des personnes âgées (y compris en maison de repos).

Message clé 4 : La mission des Services de Santé mentale en matière de soins aux personnes âgées doit être soutenue par l'inclusion de professionnels spécialisés dans les soins de santé mentale aux personnes âgées et permettre une mobilité accrue des soins (augmentation des visites à domicile).



5.1.3.3. Renforcer les équipes psychiatriques mobiles (article 107)

Dans les exemples étudiés à l'étranger, il existe des **équipes mobiles spécialisées dans les soins aux personnes âgées**, disposant de compétences spécifiques en psychiatrie et en gériatrie. Ces intervenants sont capables de gérer le diagnostic, le traitement et l'accompagnement tant des problèmes psychologiques et psychiatriques que des maladies psycho-organiques. Ils peuvent également accompagner et former les professionnels de première ligne et offrir du soutien et de l'information aux aidants informels. Ces équipes collaborent avec les médecins généralistes pour assurer la continuité et la coordination des soins entre le domicile, l'hôpital et la maison de repos (et de soins).

En Belgique, le concept d'équipes mobiles *psychiatriques* n'est assurément pas neuf mais les équipes existantes (SPAD et « article 107 ») n'ont pas pour mission de s'occuper des personnes âgées. Il existe pourtant un consensus sur le terrain autour de la nécessité de développer des équipes mobiles psychiatriques spécialisées en psychologie/psychiatrie de la personne âgée, soit sous la forme de nouveaux services, soit comme extension des équipes existantes. Mais cela nécessiterait des ressources humaines extrêmement importantes, notamment pour assurer le service de crise accessible 24h/24 et 7j/7. C'est pourquoi il est intéressant de noter que les exemples développés à l'étrangers ont apporté la preuve que la prise en charge de cette population peut être assurée par des équipes « adultes » avec le soutien d'équipes « personnes âgées ».

Message clé 5 : Des équipes mobiles psychiatriques spécialisées dans les soins aux personnes âgées peuvent constituer une valeur ajoutée pour soutenir les équipes « adultes » existantes. Elles permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge des problèmes complexes chez les personnes âgées.

5.1.3.4. Surmonter la pénurie de lits dans les soins institutionnels

À l'étranger, le mode de soins privilégié en milieu hospitalier est celui des services psycho-gériatriques. Les soins y sont dispensés selon une approche multidisciplinaire permettant aux psychiatres de travailler en étroite collaboration avec des gériatres et des neurologues. Étant donné le vieillissement de la population, on prévoit une demande croissante vis-à-vis de ce type de services et du personnel ayant une expertise en psychiatrie et en gériatrie.

Les services hospitaliers qui ne disposent pas des compétences spécialisées requises pour la prise en charge des patients âgés ayant des problèmes de santé mentale peinent à rencontrer les besoins de ces patients. Nous avons identifié deux stratégies mises en œuvre pour résoudre ce problème : des équipes de liaison « somatiques » pour offrir un soutien aux professionnels des services psychiatriques pour adultes, et/ou des équipes de liaison psychiatriques spécialisées en psychiatrie de la personne âgée pour soutenir les professionnels des unités de soins non psychiatriques.

Dans notre pays, la demande de soins psychiatriques pour les personnes âgées semble déjà dépasser l'offre existante ; c'est du moins ce qu'il apparaît à travers l'enquête menée auprès des stakeholders belges et les évaluations que nous avons pu obtenir au sujet de différents projets pilotes. Les équipes de liaison gériatrique (déjà existantes) pourraient déjà apporter un soutien aux professionnels des services psychiatriques pour adultes tandis que des équipes de liaison spécialisées en psychiatrie de la personne âgée pourraient être instaurées pour soutenir le personnel des unités de soins non psychiatriques.

Un problème supplémentaire vient du fait qu'une partie des lits « psycho-gériatriques » disponibles est utilisée pour héberger des patients qui n'ont plus besoin de soins aigus mais qui ne peuvent pas retourner chez eux et / ou ne trouvent pas une autre forme de soins résidentiels.



Message clé 6 : Pour faire face aux besoins de soins aigus des patients âgés ayant des problèmes de santé mentale qui ne peuvent pas ou plus être pris en charge dans la communauté, l'hospitalisation dans les services de psychiatrie générale, de psycho-gériatrie ou de gériatrie (selon le profil du patient) doit être disponible.

Message clé 7 : Dans les hôpitaux généraux, des équipes de liaison « somatiques » pourraient apporter un soutien aux professionnels des services psychiatriques pour adultes tandis que des équipes de liaison spécialisées en psychiatrie de la personne âgée pourraient être instaurées pour soutenir le personnel des unités de soins non psychiatriques.

5.1.3.5. Prévoir des formules de logement adaptées aux personnes âgées, entre le secteur de la santé mentale et celui des soins de longue durée

En Belgique comme dans d'autres pays, les MRS doivent souvent héberger des personnes âgées dépendantes présentant des problèmes de santé mentale. Est-ce là leur place ou devraient-elles plutôt être admises dans un établissement de soins résidentiels psychiatriques ? Au Canada, dans certaines juridictions, la proportion de personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale qui vivent dans les maisons de repos est telle que ces institutions sont perçues *de facto* comme des établissements de soins psychiatriques (à long terme).

Lors de notre enquête en ligne, les stakeholders ont fait part de leurs préoccupations concernant les difficultés d'adéquation des MRPA/MRS face aux problèmes de santé mentale des personnes âgées. En effet, ni le cadre, ni la formation du personnel, ni les normes architecturales ne leur permettent de prendre convenablement en charge de tels résidents.

Notre comparaison internationale a permis de constater l'intérêt **d'équipes psychiatriques mobiles spécialisées** dans les problèmes de santé mentale des personnes âgées pour venir en soutien au personnel quand c'est nécessaire, ainsi que **d'unités psycho-gériatriques spécifiques au sein des MRS** (principalement pour les personnes âgées présentant des troubles du comportement), éventuellement supervisées par des professionnels en santé mentale.

En Belgique, le nombre d'admissions de personnes âgées dans les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitations protégées (IHP) est resté faible au cours de ces dix dernières années. Certaines équipes mobiles de soins en santé mentale se rendent en MRPA/MRS et des unités de type « cantous » proposent au sein des MRS des soins adaptés aux personnes âgées présentant une démence avec des troubles du comportement.

Message clé 8 : Les équipes mobiles spécialisées de type 107 devraient pouvoir intervenir dans les MRPA/MRS pour soutenir le personnel et le former à la prise en charge des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale dans leur milieu de vie. Les unités spécifiques pour les personnes âgées présentant des troubles du comportement offrent une opportunité d'améliorer les soins de cette population fragile.



5.2. Considérations plus générales pour l'ensemble du système

5.2.1. Sensibilisation et détection précoce

Qu'elle porte sur l'âge ou sur la maladie mentale, la stigmatisation a été identifiée comme un sujet de préoccupation dans tous les pays étudiés. Les guidelines canadiens y consacrent d'ailleurs leur première recommandation. Il est démontré que le glissement des soins de santé mentale vers la communauté contribue à réduire les fausses croyances et les barrières culturelles, mais un énorme travail de sensibilisation et d'information reste à faire.

En Belgique aussi, l'évaluation des initiatives spécifiques axées sur la santé mentale des personnes âgées a mis en évidence l'influence négative de la stigmatisation sur la recherche d'aide par les patients et leurs familles. De plus, les soins de santé mentale pour les personnes âgées ne sont pas encore bien connus dans la communauté. Il est donc nécessaire de mettre sur pied des campagnes d'information ; on peut pour cela prendre exemple sur l'Angleterre.

La sensibilisation à l'égard des problèmes de santé mentale des personnes âgées doit également s'accompagner d'une meilleure détection de ces problèmes dans les groupes à risque élevé. D'après la littérature, il serait nécessaire d'instaurer un dépistage systématique dans les MRPA/MRS ; c'est également une recommandation reprise par les guidelines canadiens, qui recommandent « une identification précoce des symptômes et l'implémentation de stratégies publiques de prévention et de dépistage ». Certains répondants à notre enquête en ligne ont également suggéré une telle approche.

Message clé 9 : Des campagnes d'information supplémentaires sont nécessaires pour sensibiliser le public et les professionnels de la santé aux problèmes de santé mentale des personnes âgées. Le dépistage systématique des problèmes de santé mentale pourrait être envisagé dans les MRPA/MRS.

5.2.2. Partenariat actif avec les patients et les aidants informels

Les principes C.A.R.I.T.A.S et les guidelines internationaux soulignent que les aidants informels doivent être reconnus et intégrés dans la collaboration multidisciplinaire autour de la personne âgée ayant des problèmes de santé mentale. Dans une optique de soins individualisés, le plan de soins devrait être discuté avec le patient et ses proches, et accepté par eux. Les stakeholders belges et les acteurs des initiatives spécifiques que nous avons interrogés tiennent le même discours.

Message clé 10 : La personne âgée qui a des problèmes de santé mentale et ses aidants informels doivent être impliqués dans la planification des soins et la prise en charge. Le soutien et la reconnaissance des aidants informels doivent être renforcés.

5.2.3. Formation des professionnels de l'aide et des soins

Les soins de santé mentale pour les personnes âgées évoluent à la frontière entre la psychiatrie et la gériatrie, et il n'est pas (encore) courant de disposer de compétences dans ces deux domaines à la fois. Tant la littérature que l'analyse des modèles étrangers attirent notre attention sur le fait que les professionnels de la santé (médecins généralistes, personnel des centres de santé mentale, etc.) s'efforcent de détecter, de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées, mais qu'ils manquent souvent de connaissances et de confiance en eux pour s'occuper de cette population.

À l'étranger, des spécialisations en psychiatrie de la personne âgée ont été mises en place afin de permettre aux médecins d'acquérir des connaissances dans ces deux domaines et de savoir gérer la combinaison de symptômes mentaux et somatiques. On trouve également des formations continues pour les infirmiers.

Les stakeholders interrogés dans le cadre de notre enquête en ligne ont eux aussi souligné la nécessité d'enseigner des éléments de psychologie/psychiatrie de la personne âgée aux professionnels de la santé, mais aussi au personnel des services sociaux, car leur manque de connaissances peut nuire à la qualité des soins.



Par ailleurs, les données des autres pays et l'évaluation des projets pilotes en Belgique suggèrent que l'expertise clinique et la stabilité dans le temps du personnel sont des facteurs clés pour assurer la continuité des soins.

Message clé 11 : Pour garantir une bonne qualité des soins, il est nécessaire que les différents intervenants disposent d'aptitudes et de compétences spécifiques en psychiatrie de la personne âgée. Cela implique que des formations spécifiques soient organisées.

5.2.4. Développement et diffusion de pratiques basées sur les données scientifiques (*Evidence-based practices*)

Les gouvernements canadien et anglais ont élaboré des guidelines nationaux et des outils d'évaluation pour mieux organiser les services de santé mentale pour les personnes âgées. Dans l'enquête en ligne que nous avons réalisée, certains intervenants ont également déclaré qu'il fallait promouvoir des approches *Evidence-based* pour harmoniser la manière dont les soins sont dispensés, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins en santé mentale des personnes âgées et la qualité des soins de santé mentale à domicile.

Message clé 12 : La prise en charge des besoins spécifiques des personnes âgées peut être améliorée via le développement et la diffusion de pratiques *Evidence-based*.

5.2.5. Amélioration de la collecte de données dans les soins ambulatoires

Confirmant nos propres constatations, les répondants à notre enquête ont souligné que la collecte de données est très incomplète, en particulier pour les soins ambulatoires. La réforme en cours des soins de santé mentale offre une bonne occasion d'améliorer cette collecte et de mettre en place des feedbacks vers les prestataires de soins et les décideurs politiques. Les seules données récentes et fiables dont on dispose sont celles de l'enquête de santé de l'ISP ; elles sont importantes pour donner un aperçu global de l'état mental de la population, mais ne peuvent être utilisées pour déterminer

la prévalence d'un diagnostic. Des données plus précises sur la prévalence et le degré de gravité des troubles de santé mentale seraient donc les bienvenues.

Message clé 13 : La collecte de données sur les soins de santé mentale pour les personnes âgées doit être optimisée.

5.3. Conclusion

5.3.1. Créer un réseau distinct ou étendre et étoffer le réseau existant ?

Dans les paragraphes qui précèdent, nous avons tenté de lister les caractéristiques requises pour offrir aux personnes âgées des soins de santé mentale de qualité. Mais la question de savoir si ces soins doivent être intégrés au contexte global des adultes ou être définis dans un cadre distinct (comme c'est le cas pour les enfants et les adolescents) n'est pas encore tranchée.

Construire un **réseau spécialisé « sur mesure »** pour les personnes âgées permettrait assurément de **maximiser la qualité des soins** pour les patients qui présentent des combinaisons complexes de problèmes psychologiques, cognitifs, fonctionnels, comportementaux, physiques et sociaux. Nous identifions cependant au moins **trois obstacles importants** à surmonter pour mettre en place un tel réseau.

- Des réseaux hautement spécialisés requièrent **un nombre important de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) compétents**. Or, à l'étranger comme en Belgique, on ressent déjà une pénurie de professionnels formés à la prise en charge d'une population vieillissante en constante augmentation. En l'absence de ressources humaines suffisantes, la création d'un réseau hautement spécialisé en géro-psi-chiatrie risque dès lors d'entraîner des retards supplémentaires dans la détection et le traitement des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées.



- Beaucoup de personnes de plus de 70 ans gardent un excellent état de santé, tandis que des individus de 50 ou 60 ans peuvent déjà connaître une diminution de leurs réserves fonctionnelles, avec des niveaux plus élevés de comorbidités. Cette grande **hétérogénéité de la population « âgée »** rend difficile, voire impossible, la mise en pratique d'un réseau de soins dépendant de critères d'âge stricts. Un tel système pourrait également mettre en péril la **continuité des soins** une fois que les patients atteignent la limite d'âge. Enfin, il se peut qu'après un épisode aigu nécessitant une prise en charge par des professionnels hautement spécialisés, un patient âgé puisse être stabilisé et réorienté vers des services « généraux » pour adultes. La **transition entre les réseaux** serait donc une pierre d'achoppement importante dans un système à réseaux distincts.
- La **stigmatisation** à l'égard de la maladie mentale et du grand âge pourrait être renforcée dans un réseau clairement distinct.

Mettre en place un réseau « adulte » global, sans limite d'âge, permettrait d'éviter ces obstacles, mais poserait en même temps de multiples défis :

- Un **modèle de soins holistique et intégré** pour les personnes âgées ne peut se concevoir qu'avec des soins de santé mentale **intégrés aux soins généraux** (aspects somatiques, mentaux et sociaux) et en continuité avec le système d'hébergement / de soins de longue durée pour les personnes âgées. La **coordination** entre les différents secteurs (soins de santé, hébergement de longue durée et services sociaux) reste une question difficile à résoudre à l'étranger comme en Belgique. Une première ligne renforcée est reconnue comme cruciale pour y parvenir.
- Pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées sans en négliger aucun, un réseau sans limite d'âge devrait inclure **des équipes multidisciplinaires spécialisées dans les soins de santé mentale pour les personnes âgées**. Certes, la pénurie de personnel qualifié mentionnée plus haut reste à résoudre. Cependant, certains exemples de collaboration entre intervenants spécialisés et équipes « générales » montrent qu'il est possible de réduire la pression engendrée par ces ressources limitées. Ces intervenants spécialisés jouent un double rôle de formation et de soutien spécialisé sur le terrain lorsque les équipes générales sont confrontées à des cas complexes. Dans un tel système,

le défi consiste à trouver le juste équilibre pour réussir à répondre aux besoins des patients les plus fragiles avec les ressources limitées dont on dispose. Le recours à des procédures et à des directives claires, et la transparence dans la gestion des ressources est indispensable pour surmonter cette limitation.

- Un réseau unique de professionnels d'horizons différents qui se connaissent et collaborent ouvertement a également pour conséquence de **réduire la stigmatisation** des personnes âgées et d'améliorer leur accès aux soins. En effet, dans un système unifié, il n'y a plus de distinction entre « adultes en âge de travailler » et patients plus âgés.

Message clé 14 : Depuis 2010, les personnes âgées n'ont pas été prises en compte dans la réforme en cours. Un réseau de soins de santé mentale distinct de celui des « adultes » semble soulever plusieurs difficultés, qui pourraient être contournées par un réseau de soins « global », sans limite d'âge. Mais un tel réseau unifié comporte lui aussi plusieurs défis.

5.3.2. *Évoluer vers des soins dispensés dans la communauté*

En Belgique comme à l'étranger, le principe de désinstitutionnalisation a guidé les réformes des soins de santé mentale ainsi que celle du secteur de l'hébergement de longue durée. L'approche institutionnalisée des soins de santé mentale – pour les personnes âgées comme pour toute la population – a été délaissée au profit de soins dispensés au plus proche de l'environnement de vie naturel des patients.

Plusieurs éléments de ce rapport suggèrent que **le renforcement et la clarification du rôle des acteurs de première ligne** (conformément à la première fonction de la réforme) et **l'accès à des soins spécialisés mobiles (aigus et chroniques) à domicile** (conformément à la deuxième fonction de la réforme) sont deux étapes nécessaires pour édifier un système aligné sur les besoins des personnes âgées.



Les acteurs de la première ligne de soins (médecin généraliste, soins à domicile,...) occupent une position idéale pour s'occuper de la prévention, du dépistage et du diagnostic des problèmes de santé mentale. Ils doivent donc disposer des compétences et/ou du soutien nécessaires pour apporter une réponse adaptée aux problèmes spécifiques de cette population, et être en mesure d'assurer la continuité des soins. Comme souligné dans ce rapport, ceci présente de multiples défis qui ne peuvent être surmontés qu'en **renforçant la collaboration avec d'autres lignes de soins** et en développant des **formations accessibles** à la détection, au diagnostic, au traitement et au suivi des problèmes de santé mentale des patients âgés.

Les soins ambulatoires – intensifs et non intensifs – délivrés dans l'environnement naturel des patients facilitent l'acceptabilité et l'accessibilité des soins. C'est pourquoi la proposition de renforcer et d'étendre tant les **interventions à domicile émanant des Services de santé mentale** que les **équipes mobiles** (« article 107 ») nous semble de nature à apporter une réponse adéquate aux besoins spécifiques des personnes âgées. La combinaison de ces deux types d'approches permettrait de cibler efficacement à la fois les patients présentant des troubles psychiatriques sévères et les personnes confrontées à des problèmes de détresse psychique (par exemple l'isolement social, le deuil) qui peuvent détériorer l'état de santé mentale. Dans les deux cas, il est nécessaire de prévoir la présence, au sein de ces équipes, d'une **expertise en psychologie/psychiatrie des personnes âgées**.

En ce qui concerne les **soins résidentiels**, il faut avant tout souligner que le vieillissement de la population représente pour eux un important défi. La pénurie de personnel médical et paramédical ayant une formation spécifique en gériatrie et/ou en psychiatrie et la pénurie de lits sont préoccupantes tant dans les MRPA/MRS que dans les hôpitaux. Lorsque des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale ne peuvent plus vivre chez elles, l'étape « logique » consiste généralement à les faire admettre en MRS. Cela pose de nombreux problèmes car la gestion de cas psychiatriques complexes peut dépasser les ressources disponibles dans une MRS.

Message clé 15 : Plusieurs éléments de ce rapport suggèrent que clarifier et renforcer le rôle des soins de 1^{re} ligne (conformément à la 1^{re} fonction de la réforme 107), faciliter les soins spécialisés mobiles (conformément à la 2^e fonction de la réforme 107) et renforcer les possibilités de prise en charge spécialisée dans les MRS (en lien avec la 5^e fonction de la réforme 107) sont des étapes nécessaires pour construire un système adapté aux besoins des personnes âgées.

5.3.3. *Faire évoluer les modèles établis*

Depuis la fin des années 1970, en Belgique comme dans de nombreux pays européens, on plaide pour le transfert des soins de santé mentale vers la communauté. C'est une évolution qui s'opère lentement ; elle nécessite de la patience, des concertations soutenues entre niveaux de soins et – en particulier en Belgique – niveaux de pouvoir. Elle appelle également de nouvelles attitudes dans la société. Pour les personnes âgées, un défi supplémentaire s'y ajoute, celui de la lutte contre les stéréotypes, la stigmatisation et les attitudes âgistes.

Pour les personnes âgées – qu'elles soient ou non atteintes de troubles mentaux – le maintien du sens de l'existence, du sentiment d'utilité et de l'inclusion dans la communauté nécessite une remise en question des valeurs de notre société, bien au-delà du seul travail de réinsertion sociale. Les guidelines internationaux spécifient que les soins de santé mentale pour les personnes âgées doivent bénéficier d'une approche intégrée avec les services sociaux et doivent promouvoir l'inclusion sociale et l'autonomie. Il ne faut jamais oublier que la santé mentale est un aspect clé de la promotion du « bien vieillir ».

Message clé 16 : Le maintien du sens de la vie, du sentiment d'utilité et de l'inclusion dans la communauté des personnes âgées (notamment celles atteintes de troubles mentaux) nécessite une prise de conscience dans la société.



■ RECOMMANDATIONS^e

Dans le cadre du vieillissement de la population, il est indispensable d'assurer aux personnes âgées une offre de soins de santé mentale cohérente et coordonnée, avec une attention particulière pour l'intégration des soins, la qualité de vie et l'accessibilité géographique. Cette offre de soins doit faire l'objet d'une priorité politique.

Recommandation 1 à l'attention des Ministres et des administrations compétents en matière de santé :

Les soins de santé mentale pour les personnes âgées pourraient être intégrés dans le fonctionnement actuel des soins de santé mentale, si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- lors du choix du type d'intervention, utiliser d'autres critères qu'une limite d'âge, notamment la fragilité et / ou le profil pathologique ;
- renforcer et clarifier le rôle des soins de 1^{re} ligne ;
- assurer la disponibilité de personnel spécialisé en psychologie/psychiatrie de la personne âgée dans tous les contextes de soins ;
- faciliter les possibilités de soins de santé mentale dans le milieu de vie des personnes âgées (à domicile et en MRPA/MRS).

Recommandation 2 à l'attention des Ministres et des administrations compétents en matière de santé :

Pour assurer la qualité et la continuité des soins :

- les médecins généralistes doivent recevoir un soutien de professionnels de la santé mentale, y compris de spécialistes en psychologie/psychiatrie de la personne âgée (3^e ligne) ;

^e Le KCE reste seul responsable des recommandations.



- des mécanismes tels que la « concertation autour du patient psychiatrique à domicile » et l'identification d'un « *case manager* » doivent être étendus et plus fréquemment activés afin de favoriser la collaboration entre prestataires de soins ;
- des équipes de liaison interne en psychologie/psychiatrie de la personne âgée devraient être créées pour venir en soutien des professionnels des services non psychiatriques ;
- les équipes de liaison gériatriques doivent continuer à jouer un rôle dans le soutien aux professionnels des services de psychiatrie ; pour les patients âgés qui n'ont pas un profil gériatrique, des équipes de liaison « somatiques » devraient également être envisagées.

Recommandation 3 à l'attention du Ministre fédéral de la Santé Publique, du SPF Santé Publique, des ministres compétents en matière d'enseignement, des Universités et Hautes Écoles :

Des formations spécifiques à la psychologie/psychiatrie de la personne âgée doivent être développées :

- tous les professionnels de la santé doivent être sensibilisés aux spécificités des problèmes de santé mentale des personnes âgées durant leur cursus de base ;
- pour tous les professionnels de la santé qui sont souvent en contact avec des personnes âgées, il faut envisager une formation spécifique en soins psycho-gériatriques ;
- pour tous les professionnels de la santé mentale, il faut renforcer la formation spécifique en soins psycho-gériatriques ;
- une compétence spécifique en psychiatrie de la personne âgée doit être créée.

Recommandation 4 à l'attention des Ministres des entités fédérées compétents en matière de santé :

La mission des Services de santé mentale en ce qui concerne les personnes âgées doit être soutenue par l'inclusion de professionnels spécialisés dans les soins de santé mentale des personnes âgées et par une mobilité accrue des interventions (p.ex. augmentation des visites à domicile selon le modèle des ISPA).

Recommandation 5 à l'attention du Ministre fédéral de la Santé Publique et du SPF Santé Publique :



Les équipes psychiatriques mobiles existantes (Art 107 & SPAD) doivent être renforcées et élargies pour améliorer l'accessibilité des soins de santé mentale aux personnes âgées dans leur propre milieu de vie (à domicile et en MRPA/MRS). Ces équipes mobiles doivent être géographiquement bien réparties et tenir compte des initiatives existantes.

Recommandation 6 à l'attention du Ministre fédéral de la Santé Publique, du SPF Santé Publique et de l'INAMI :

Des équipes mobiles hautement spécialisées en psychiatrie de la personne âgée (3^e ligne) devraient être créées pour

- prendre en charge les personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale complexes ;
- pour partager leur expertise avec les autres professionnels de la santé (éventuellement à l'aide de nouvelles techniques de communication).

Recommandation 7 à l'attention des Ministres des entités fédérées et des administrations compétents en matière de politique des personnes âgées :

Des initiatives spécifiques consacrées aux personnes âgées présentant des troubles du comportement devraient être encouragées. Ces initiatives devraient se développer dans un cadre architectural adapté avec du personnel formé à la psychogériatrie qui proposerait des activités thérapeutiques de maintien fonctionnel et cognitif.

Recommandation 8 à l'attention du Ministre fédéral de la Santé Publique, des Ministres des entités fédérées compétents en la matière et du SPF Santé Publique :

Il est nécessaire de prévoir une capacité hospitalière suffisante dans les services de psychiatrie, de gériatrie et de psycho-gériatrie pour accueillir les patients présentant des problèmes de santé mentale aigus qui ne peuvent pas/plus être pris en charge dans la communauté. Les modalités d'hospitalisation doivent être adaptées aux besoins des personnes âgées.



Recommandation 9 à l'attention du Ministre fédéral de la Santé Publique, des Ministres des entités fédérées compétents en matière de santé et du SPF Santé Publique :

Des campagnes spécifiques sont nécessaires pour sensibiliser les professionnels de la santé ainsi que le grand public au sujet:

- de la spécificité des problèmes de santé mentale des personnes âgées ;
- de l'importance de reconnaître, inclure et soutenir les aidants informels dans la planification et la prestation des soins ;
- de la valeur ajoutée des connaissances *Evidence-Based* et de l'approche collaborative

Le maintien du sens de la vie, du sentiment d'utilité et de l'inclusion dans la communauté des personnes âgées (notamment celles atteintes de troubles mentaux) nécessite une prise de conscience dans la société.

Recommandation 10 à l'attention du Ministre fédéral de la Santé Publique, des Ministres des entités fédérées compétents en matière de santé, de l'INAMI, du SPF Santé Publique et de tous les services prenant en charge des patients âgés avec des problèmes de santé mentale:

La collecte de données sur la santé mentale des personnes âgées doit être optimisée, en particulier en soins ambulatoires et en MRPA/MRS (ex : BelRAI tools).

Recommandation 11 à l'attention des institutions de recherche :

Il est nécessaire de réaliser des études scientifiques et/ou épidémiologiques sur :

- la prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées ;
- les conditions d'une extension de l'article 107 aux personnes âgées ;
- l'intérêt d'un dépistage systématique des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées.



COLOPHON

Titre :	Comment améliorer l'organisation des soins de santé mentale pour les personnes âgées ? – Synthèse
Auteurs :	Jef Adriaenssens (KCE), Maria-Isabel Farfan-Portet (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Laurence Kohn (KCE), Cécile Dubois (KCE), Stephan Devriese (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Céline Ricour (KCE)
Auteurs externe contribués:	Ronny Bruffaerts (KULeuven): original data ESEMED Alan Lovell, Rosie Martin, Nishanthi Talawila (The Economist Intelligence Unit – EIU): International comparison
Coordinatrices de projet :	Marijke Eyssen (KCE), Els Van Bruystegem (KCE)
Rédaction synthèse :	Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Sophie Gerkens (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Experts externes :	Sophie Bavay (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement – FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu), Christiane Bontemps (Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM)), Filip Bouckaert (Katholieke Universiteit te Leuven (KULeuven)), Ronny Bruffaerts (UZ Leuven), Isabelle De Brauwer (Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie – Belgische vereniging voor gerontologie en geriatrie (SBGG – BVGG)), Wouter Decat (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België – Union Générale des Infirmiers de Belgique – Allgemeiner Krankenpflegerverband Belgiens (AUVB – UGIB – AKVB)), Gérald Deschietere (Université Catholique de Louvain (UCL) - Clinique Universitaire Saint Luc), Sebastiaan Engelborgh (Universiteit Antwerpen), Olivier Fourez (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité – RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering (INAMI – RIZIV)), Pierre Gobiet (Centre de Guidance de Malmedy), An Haekens (Zorg Groep Psychiatrisch Kliniek Broeders Alexianen), Cécile Hanon (Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP)), Jeroen Knaeps (Thomas More), Christophe Lafosse (BVGG – SBGG), Renaud Laguesse (CRéSaM), Frédéric Limosin (APHP), Koen Lowet (Belgische Federatie van Psychologen – Fédération Belge des psychologues (BFP – FBP)), Chantal Mathy (INAMI – RIZIV), Mary Quentin (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)), Véronique Tellier (Observatoire wallon de la Santé), Anne-Sophie Seigneurie (APHP), Petra Thewes (Centre de Guidance de Malmedy), Rik Thys (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten), Robert Van Buggenhout (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)), Ellen Van Leeuwen (Domus Medica), Patrick Vanneste (Agence pour une vie de qualité (AViQ)), Rik Van Nuffel (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG)), Vanessa Vanrillaer (Mutualités Libres), Jan Van Speybroeck (VVG), Sylvie Veyt (Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM))
Validateurs externes :	W.P. Achterberg (LUMC), Stéphane Adam (ULG), Jan De Lepeleire (KULeuven)
Remerciements :	Nous remercions Ronny Bruffaerts (KULeuven), Alan Lovell et Rosie Martin (EIU) pour leur collaboration à ce rapport. Nous voudrions également remercier Brigitte Bouton (AViQ), Annick Dermine (Huis voor Gezondheid),



Lieven De Maesschalck (Thomas More), Frédéric Limosin (APHP, France), Anne-Sophie Seigneurie (APHP, France), Cécile Hanon (APHP, France) et Catherine Horel (Institut de Formation, de Recherche et d'Évaluation des Pratiques médico-sociales, France) d'avoir partagé leurs connaissances avec nous, et aussi les personnes et les organisations qui nous ont aidé à identifier les projets innovants en Belgique. Finalement nous remercions tous les participants à l'enquête en ligne.

Autres intérêts déclarés :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine « Soins de santé mentale personnes âgées ». A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Gérald Deschietere (Population cible en consultation), An Haekens (VVP), Christophe Lafosse (BVGG), Chantal Mathy (Changement nomenclature – impact financier (INAMI – RIZIV)), Mary Quentin (SSMG, FAMGB – GGNO), Véronique Tellier (Service soins de santé mentale), Petra Thewes (Les initiatives spécifiques pour les personnes âgées des Services de Santé Mentale (SSM)), Rik Thys (Membre conseil d'administration centre GGZ, loi Flandre), Robert Van Buggenhout (VVP, ouderensector psychiatrie), Patrick Vanneste (AViQ), Sylvie Veyt (Influence sur l'étude concernant les SSM)

Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Frédéric Limosin (Publication d'un essai clinique sponsorisé par Janssen)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator'(PI)) ou de chercheur : Ronny Bruffaerts (PI dans plusieurs études scientifiques pour des projets en Belgique, en Europe, dans le monde entier, financement inclusif (EU, FWO)), Jeroen Knaeps (Vank 3 – Thomas More effectue uniquement des recherches sur les personnes âgées et les aidants), Frédéric Limosin (Initiateur et/ou PI d'études cliniques ou épidémiologiques), Patrick Vanneste (Université Mons – doctorat psychology)

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Jan De Lepeleire (Je travaille dans une institution indépendante du centre psychiatrique universitaire KU Leuven, très impliquée dans les projets de l'art. 107 et qui gère 120 lits indépendants de gérontopsychiatrie), Frédéric Limosin (Consultation pour des entreprises pharmaceutiques (Lundbeck, Euthérapie-Servier, Otsuka), Petra Thewes (ISPA en SSM)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Ronny Bruffaerts (Professeur invité de l'UCLL, John Hopkins), Jan De Lepeleire (En 2016 consultation pour Lilly pour des produits anti Alzheimer et Astellas pour des produits contre la polyneuropathie), Gérald Deschietere (Congrès français de psychiatrie de la personne âgée), An Haekens (Conférences sur divers problèmes chez les personnes âgées), Frédéric Limosin (Paiements pour parler devant des entreprises pharmaceutiques (Lundbeck, Euthérapie-Servier, Otsuka), Mary Quentin (Subside de formation par l'INAMI – RIZIV, paiement pour symposium de la SSMG en tant que modérateur)



Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Wouter Decat (AUVB), Gérald Deschietere (Vice-président APsy (Association de service de psychiatrie de l'UCL)), An Haekens (Médecin-chef RK Alexianen), Véronique Tellier (Direction des services de santé publique de la province de Namur), Robert Van Buggenhout (Président secteur psychiatrie des personnes âgées, VVP)

Layout :

Joyce Grijseels

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

29 mars 2018

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Aged, Mental Health Services, Health Care Reform

Classification NLM :

WT 145

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal :

D/2018/10.273/29

ISSN :

2466-6440

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.





Comment citer ce rapport ?

Adriaenssens J, Farfan-Portet M-I, Benahmed N, Kohn L, Dubois D, Devriese S, Eyssen M, Ricour C. Comment améliorer l'organisation des soins de santé mentale pour les personnes âgées ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018. KCE Reports 301Bs. D/2018/10.273/29.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.