

# CRRPSA d'Île-de-France : coordonner les soins, fédérer les professionnels, promouvoir les missions universitaires

*The Regional Resource Center of old age psychiatry  
in Ile-de-France: coordinating provision of care,  
federating professionals and promoting academic missions*

Cécile Hanon\*, Anne-Sophie Seigneurie\*, Nicolas Hoertel\*, Frédéric Limosin\*

L'allongement de l'espérance de vie, qui s'accompagne d'un accroissement du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux, fait de la prise en charge des troubles psychopathologiques du sujet âgé un enjeu majeur de l'organisation de l'offre de soins. L'Observatoire régional de santé d'Île-de-France prévoit ainsi une augmentation importante de la population dépendante des personnes âgées de 75 ans ou plus dans la région entre 2007 et 2030 (1). L'augmentation de l'espérance de vie permet de prévoir que les sujets de plus de 75 ans pourraient représenter 12,3 % de la population en 2030 et 16,2 % en 2060. Cette évolution démographique aura des conséquences médicales, sociales et économiques (2).

Les troubles psychiatriques sont fréquents chez le sujet âgé, notamment la dépression, avec des chiffres de prévalence dépassant 40 % chez les sujets de plus de 75 ans institutionnalisés (3). Or, les troubles mentaux constituent l'une des premières causes de morbidité et de mortalité prématurée chez le sujet âgé, et représentent les 3/5<sup>e</sup> des sources d'incapacité liées au vieillissement. En outre, la Commission des comptes de la Sécurité sociale, dans son rapport du 5 juillet 2012, a souligné une nette augmentation en 2010 du nombre d'hospitalisations de personnes âgées au sein des établissements publics, y compris en psychiatrie avec une hausse de +14,6 %, contre +8,8 % dans le privé, pour les sujets de plus de 80 ans (4).

## Un risque particulièrement préoccupant : le suicide

En Europe, c'est chez les personnes âgées que le taux de suicide est le plus élevé (en 2005, il était compris entre 16,4 et 22,9 pour 100 000 personnes). Les 60 ans et plus représentant 30 % du total des suicides. Ce taux augmente avec l'âge et c'est parmi les hommes de plus de 85 ans que le suicide est le plus fréquent (6 à 7 fois plus que chez les hommes âgés de 15 à 24 ans). En France, en 2002 et 2003, le nombre de suicides était de 60 pour 100 000 hommes de 75 à 84 ans et de 124 pour 100 000 hommes de 85 ans ou plus (5).

## Les prescriptions de psychotropes

Les prescriptions de psychotropes sont courantes chez les personnes âgées, notamment en institutions. E. Mann et al. ont ainsi montré qu'au sein d'une population de sujets âgés institutionnalisés, 75 % des sujets prenaient au moins un psychotrope, 46 % un antipsychotique, 22 % un anxiolytique, 13 % un hypnotique et 37 % un antidépresseur (6). Or, les personnes âgées sont plus vulnérables aux effets indésirables, compte tenu des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge, des comorbidités associées ou encore de

\* Centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé (CRRPSA) d'Île-de-France [www.crrpsa.fr](http://www.crrpsa.fr), pôle psychiatrie et addictologie du Pr Frédéric Limosin, hôpital Corentin-Celton, Issy-les-Moulineaux, hôpitaux universitaires Paris-Ouest (AP-HP), université Paris-Descartes.

## Mots-clés

Psychiatrie  
du sujet âgé  
Centre ressource  
Enseignement  
universitaire  
Offre de soins  
Parcours de soins

## Résumé

La PPA a pour mission de répondre à l'enjeu de santé publique des troubles mentaux chez les plus de 65 ans, qui constituent l'une des premières causes de morbidité et de mortalité prématurée dans cette tranche d'âge. Le CRRPSA d'Île-de-France s'inscrit dans une perspective de structuration de l'offre de soins aux personnes âgées en se positionnant comme pierre angulaire du maillage de l'ensemble des acteurs concernés. Il s'agit non seulement de fédérer les professionnels impliqués dans les soins, quel que soit leur niveau d'intervention, et de proposer des formations et des enseignements universitaires, mais aussi de promouvoir les échanges d'expériences et la diffusion des bonnes pratiques. En outre, le CRRPSA a vocation à évaluer de façon pluridisciplinaire les cas complexes et, par sa nature hospitalo-universitaire, à animer un pôle d'attractivité en recherche, allant des études cliniques, en épidémiologie et en neurosciences, aux questions éthiques, notamment sur les notions de bientraitance et de consentement aux soins.

### Summary

*The mission of old age psychiatry is to answer to the public health challenge posed by an aging population and the impact of mental disorders on people over 65 years of age, which is one of the main causes of morbidity and premature mortality in this age group.*

*The regional resource center for old age psychiatry in Ile-de-France is part of an approach to structuring the provision of psychiatric care for the elderly by positioning itself as a cornerstone of the network of all the concerned actors. The aim is not only to federate professionals involved in care for the elderly, whatever their level of intervention, and to offer training and academic education, but also to promote exchanges of experience and the dissemination of good care practices. In addition, the CRRPSA's aim is to assess complex cases in a multidisciplinary way and, by its academic nature, to animate a pole of attractiveness in research, ranging from clinical studies, epidemiology and neurosciences, to ethical questions, particularly on the notions of good treatment and consent to care.*

### Keywords

Old age psychiatry  
Resource center  
Academic training  
Provision of care  
Pathways of care

la polymédication. Ainsi, le risque de chute est majoré chez les sujets âgés prenant un traitement psychotrope, et celui d'accident vasculaire cérébral l'est chez les personnes traitées par anti-psychotique (7).

### Les missions et le positionnement de la psychiatrie du sujet âgé

La psychiatrie du sujet âgé répond aux missions d'évaluation et de prise en charge des pathologies psychiatriques survenant chez le sujet âgé. En pratique, elle s'exerce à 2 niveaux. Elle concerne avant tout les patients dont les troubles psychiatriques ont débuté à l'âge adulte et dont l'évolution nécessite la poursuite des soins à un âge avancé. Elle comprend également l'évaluation et la prise en charge thérapeutique de symptômes psychiatriques inauguraux, qu'ils constituent un trouble psychiatrique caractérisé d'expression tardive ou qu'ils s'inscrivent comme des manifestations comportementales et/ou émotionnelles réactionnelles à un changement de contexte de vie, à l'émergence de troubles cognitifs ou de troubles organiques, etc. (8). Dans les 2 cas, la prise en charge psychiatrique du sujet âgé doit tenir compte des pathologies somatiques associées, des altérations cognitives liées à l'âge, des interactions médicamenteuses éventuelles et du contexte de vie du patient. La psychiatrie du sujet âgé repose ainsi sur une étroite collaboration entre psychiatres, gériatres, médecins généralistes, neurologues, psychologues, neuropsychologues et intervenants sociaux (9).

### Quelles recommandations ?

En France, l'offre de soins spécifique en psychiatrie du sujet âgé existe, mais elle n'est globalement pas assez dimensionnée, peu lisible et hétérogène tant pour la définition de ses missions qu'en termes d'organisation et de répartition géographique. En 2007, une circulaire de la Direction générale de

l'offre de soins (DHOS) soulignait que "l'accessibilité aux soins des sujets âgés présentant des troubles psychopathologiques paraît encore insuffisamment développée en France, qui est classée par l'OMS en 18<sup>e</sup> position mondiale en termes de structures et d'organisation de soins en Psychiatrie de la personne âgée" (10).

Le Plan santé mentale 2005-2008 reprend la circulaire n° 2002-207 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) III, qui définit comme prioritaire la prise en charge psychiatrique des personnes âgées et encourage (11) :

- un renforcement des réponses psychiatriques dans une logique de proximité des soins, dans le cadre de la psychiatrie de liaison et des interventions à domicile, quels que soient le lieu, le moment et le champ où les besoins de prise en charge spécialisée s'expriment (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)), services de soins somatiques accueillant des personnes âgées, etc.) ;
  - une organisation de l'hospitalisation en psychiatrie, lorsqu'elle est nécessaire, dans des conditions permettant, à son décours, une prise en charge adaptée en institution sociale, médicosociale ou à domicile ;
  - une formalisation des articulations nécessaires entre ces différents acteurs, sous forme de convention, afin d'éviter des ruptures de prise en charge et de garantir la coordination et la réciprocité des réponses entre les différents intervenants ;
  - un renforcement des compétences psychiatriques nécessaires au sein des équipes pluridisciplinaires, dans le cadre de la poursuite du développement des consultations mémoire et des centres mémoire de ressource et de recherche.
- Le Plan santé mentale 2011-2015 a réaffirmé l'importance de développer et structurer l'offre de soins en psychiatrie du sujet âgé : "À chaque niveau de décision, il s'agit de développer des mesures destinées à éviter pour les patients des ruptures de prises en charge aux âges de transition (périnatalité/enfance - enfance/adolescence - adolescence/âge adulte - âge adulte/vieillesse) [...]. L'organisation d'une psychiatrie spécifique du sujet âgé, enjeu

majeur de santé publique pour les années à venir au regard de l'augmentation des besoins, doit être davantage identifiée, coordonnée et développée dans ses modalités d'intervention et de formation de professionnels" (12).

Les travaux du schéma d'organisation de soins sanitaires en Île-de-France (SROS IV) en 2012 ont révélé une insuffisance manifeste de l'offre de soins en psychiatrie au regard des besoins de cette population (13). La cartographie de l'offre de soins comprenait des dispositifs souvent isolés ou partiels allant d'une soixantaine de lits dédiés à des places d'hôpital de jour, des équipes mobiles ou de liaison intersectorielles ou a minima des consultations en centres médico-psychologiques (CMP) et des visites d'équipes de secteur en EHPAD. Ces initiatives étaient réparties de façon inégale dans les départements.

De surcroît, il était fait état d'une perte d'efficacité en raison d'un défaut de lisibilité des structures, entraînant une perte de fluidité des parcours de soins. À cela s'ajoute la carence conséquente du premier recours, principalement due à la désertification médicale dans certains départements conduisant à un manque de repérage et de reconnaissance des besoins.

L'ensemble de ces dysfonctionnements soulève un questionnement éthique, celui de l'équité devant l'accès à un parcours de soin de qualité en psychiatrie à l'âge avancé, quel que soit le lieu de vie du patient (14).

Les recommandations ont convergé vers l'inscription de la psychiatrie du sujet âgé dans une gradation des soins pour augmenter sa lisibilité et sa pertinence. Pour donner une cohérence régionale à l'organisation d'ensemble, il est alors apparu nécessaire de promouvoir la création d'un centre ressource régional apte à dynamiser la discipline par des missions d'expertise de cas complexes, de formations, de recherche et d'éthique.

#### **La gradation des soins se décline selon les priorités suivantes :**

Au niveau 1, de proximité : favoriser la continuité du parcours de soins, en évitant la rupture entre l'âge adulte et la vieillesse ; former des soignants référents en psychiatrie du sujet âgé au sein de chaque CMP ; favoriser les délégations de compétences et les protocoles de coopération entre professionnels de santé ; favoriser les conventions avec les établissements médicosociaux ; développer les alternatives à l'hospitalisation (hôpitaux de jour,

centres d'accueil thérapeutique à temps partiel [CATTP], etc.).

Au niveau 2, territorial ou infraterritorial de recours : promouvoir une coordination territoriale, avec élaboration et diffusion de recommandations de bonnes pratiques et de programmes de formation ; identifier des parcours de soins intégrés pour les cas complexes ; développer les équipes mobiles intersectorielles d'évaluation, articulées avec les acteurs de terrain et adossées à des lits d'hospitalisation complète ; promouvoir la création de lits dédiés dans chaque département, en articulation étroite avec les réseaux de soins d'amont et d'aval. Au niveau 3, régional de référence : susciter un centre de référence d'enseignement et de formation, de recherche et d'expertise des cas complexes, susceptible de se positionner comme pôle d'attractivité de la discipline, lieu de ressources pour les pratiques de soins en créant un réseau avec les autres niveaux.

### **Le centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé (CRRPSA)**

La création et la labellisation par l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France en 2013 du premier centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé ont constitué une étape importante dans la structuration de l'offre de soins, de la promotion de l'enseignement et de la recherche (15). Installé au sein du pôle de psychiatrie et d'addictologie, porté par les hôpitaux universitaires Paris-Ouest (HUPO) – AP-HP à l'hôpital Coeuron-Celton, le CRR se développe depuis maintenant 4 ans et assure des missions multiples.

➤ Centre ressource, permettant la coordination, l'information et la communication, au cœur d'un réseau sanitaire et médicosocial francilien. Le fait de privilégier les réseaux de partenaires, publics et privés, dans les champs de la psychiatrie, de la gériatrie et de la neurologie, implémente une logique de parcours de soins. Un site Internet dédié : [www.crrpsa.fr](http://www.crrpsa.fr)

➤ Centre expert de prise en charge de recours de niveau régional, pour les situations complexes. Le centre dispose d'une offre hospitalière et ambulatoire. Il comprend :

- Une unité d'hospitalisation temps plein de 20 lits, intersectorielle, qui accueille des patients de 65 ans et plus présentant des troubles psychiatriques. Un

pôle psychiatrie interventionnelle s'y déploie avec l'installation d'un dispositif de rTMS et bientôt d'ECT en lien avec le site de l'HEGP ;

- Un centre ambulatoire de consultations expertales. Une équipe pluriprofessionnelle permet la réalisation d'un bilan d'évaluation complet et approfondi :

- un examen médical et neurologique, permettant une vision globale des comorbidités somatiques,
- un bilan neuropsychologique spécifique permettant de distinguer les difficultés cognitives en lien avec le vieillissement normal de celles susceptibles de révéler une pathologie neurodégénérative,
- un bilan psychologique évaluant les dimensions de personnalité, les schémas cognitifs, les stratégies de coping et les possibilités d'adhésion à des prises en charge psychothérapeutiques ciblées,
- une évaluation psychiatrique, diagnostique et thérapeutique approfondie. Une imagerie cérébrale par IRM et un bilan biologique complet sont également réalisés.

À l'issue de l'évaluation qui se déroule sur 2 demi-journées, des préconisations sont rédigées et transmises au médecin traitant et/ou au psychiatre référent. Elles portent sur les aspects thérapeutiques : recommandations de réadaptation des prescriptions médicamenteuses de psychotropes avec évaluation des profils bénéfiques/risques individuels, évaluation des coprescriptions, détermination des doses minimales efficaces, sevrage des benzodiazépines si nécessaire.

Des réunions de concertations pluridisciplinaires permettent d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques, dans une démarche qualité et un suivi des actions entreprises.

Les questions d'éthique médicale, en lien avec la promotion de la bienveillance en institution et à domicile, le consentement aux soins, la liberté d'aller et venir, et le respect des droits fondamentaux des personnes font également l'objet d'une réflexion constante.

- Une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA), intersectorielle pour le sud des Hauts-de-Seine, qui remplit les missions d'évaluation à domicile ou en institution, de coordination et d'appui des professionnels et de formation soignante. L'EMPSA 92 Sud fait l'objet d'un autre article dans ce dossier et ne sera pas détaillée ici,

- Un projet d'hôpital de jour de prise en charge psychothérapeutique en post-hospitalisation, ciblé sur les éventuels symptômes résiduels et la prévention des rechutes. La création d'un tel hôpital de jour complètera notre offre de soins de façon cohérente. Alternative à l'hospitalisation temps plein, l'hôpital

de jour est une étape intermédiaire entre le domicile et l'institution, qui favorise le retour, et le maintien à domicile dans les meilleures conditions. Au décours d'une évaluation approfondie des capacités du patient, un programme de soins individualisé sera proposé : psychothérapie cognitivocomportementale adaptée au sujet âgé (thérapie des schémas, thérapie d'acceptation d'aide et d'engagement dans les soins, restructuration cognitive, résolution de problème, gestion des émotions), *mindfulness*, psychoéducation, remédiation cognitive, psychomotricité.

- Centre universitaire, d'enseignement et de formation. Des enseignements spécifiques ont été mis en place, diplôme universitaire, séminaire validant pour les internes du DES de psychiatrie. En 2017, la psychiatrie de la personne âgée (PPA) [cf. infra] a été reconnue comme une surspécialisation de notre discipline, validant enfin sa spécificité et la nécessité d'une harmonisation des connaissances et des pratiques au niveau national. Un article complet dédié à l'option "PPA" développe ce point au sein du dossier. Par ailleurs, le CRRPSA organise une journée scientifique annuelle, destinée à l'ensemble des professionnels du soin aux personnes âgées en Île-de-France, permettant des apports de connaissances et des échanges de pratiques.

- Centre de Recherche, que ce soit en épidémiologie, clinique, pharmacologie, en imagerie cérébrale, en sciences humaines et sociales, ou encore dans le champ des soins infirmiers.

## Conclusion

Il ne peut y avoir l'émergence d'une discipline comme la psychiatrie du sujet âgé sans une structuration et une lisibilité de son offre de soins. L'ARS d'Île-de-France région a souhaité s'appuyer sur un centre de référence en diagnostic et ressource pour donner une cohérence régionale à l'organisation de la discipline et réaliser la pierre angulaire du maillage des acteurs impliqués dans le domaine. La reconnaissance de la psychiatrie de la personne âgée comme une surspécialisation de la discipline va permettre, au-delà du renforcement identitaire de la profession, le développement d'un corpus de connaissances et de compétences, de pratiques cliniques et thérapeutiques validées, spécifiques et cohérentes.

Le dernier plan national maladies neurodégénératives 2014-2019 mentionne les apports de l'expertise transversale afin de favoriser les synergies

de compétences et de ressources et donne à la psychiatrie du sujet âgé une place à part entière. À terme, il sera indispensable que ce modèle se reproduise au sein de chaque région de France, afin de fédérer la discipline au niveau national, de développer l'enseignement universitaire et la

formation professionnelle, et de mettre en place de véritables parcours de soins en psychiatrie du sujet âgé, comprenant une dotation minimale au sein de chaque centre ressource régional : consultations spécialisées, équipe mobile, hôpital de jour et lits dédiés. ■

*F. Limosin et A. S. Seigneurie déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.*

*C. Hanon et N. Hoertel n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.*

## Références bibliographiques

1. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. [www.insee.fr/fr/statistiques/1280826](http://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826)
2. OMS Santé mentale et vieillissement, Aide-mémoire, n° 381, septembre 2013.
3. Ritchie K, Le Dafniet M. Épidémiologie des troubles mentaux chez le sujet âgé. In: Léger JM, Clément JP et Weirtheimer J. Psychiatrie du sujet âgé. Paris: éd. Médecine-Sciences Flammarion 1999: 26-34.
4. Commission des comptes de la sécurité sociale. Rapport du 5 juillet 2012. [www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/synthese\\_rapport\\_ccss\\_07-2012.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_ccss_07-2012.pdf)
5. Institut de veille sanitaire. Suicide et tentatives de suicide: état des lieux en France. BEH 47-48/13 décembre 2011.
6. Mann E, Köpke S, Haastert B, Pitkälä K, Meyer G. Psychotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2009;21:9:18.
7. HAS. Programme psychotropes et sujet âgé. [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_676952](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_676952).
8. Hanon C. Le psychiatre qui savait deux fois. *L'Information psychiatrique* 2015;91:717-9.
9. Massé G, Veber A. Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé : quel rôle pour la psychiatrie ? *Pluriels* 2007;66:8.
10. Circulaire DHOS/02/2007/176 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées.
11. Psychiatrie et santé mentale – 2005-2008. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf)
12. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Plan psychiatrie et santé mentale, 2011-2015.
13. Schéma régional d'organisation sanitaire de 4ème génération (SROS IV) Île-de-France. [ars.sante-iledefrance.fr/les-schemas/organisationnels](http://ars.sante-iledefrance.fr/les-schemas/organisationnels).
14. Charazac P. Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard. *L'Information psychiatrique* 2006;82:383-7.
15. Pancrazi MP, Guinard P, Isserlis C. L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France. *L'Information psychiatrique* 2015;91:755-61.

**Rendez-vous  
sur notre  
PORTAIL  
SCIENTIFIQUE...**

**Tous  
vos contenus  
personnalisés  
en 1 clic !**

**www.edimark.fr**



**NOUS FAISONS DE VOS SPÉCIALITÉS NOTRE SPÉCIALITÉ**