

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

1

CONTEXTE ET ENJEUX

En 1946, le préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*¹ ». L'OMS précise également que la santé mentale est « *un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté* ».

Le Pacte européen pour la santé mentale², auquel la France a adhéré en juin 2008, élève la santé mentale au rang des droits de l'Homme « *indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie*³ ». Ce texte inscrit la santé mentale des personnes âgées au chapitre des priorités.

Les pays européens⁴ distinguent donc la santé mentale « positive » (notion proche de celle du bien-être) de la santé mentale « négative » qui renvoie à la détresse psychologique (témoin d'une souffrance psychique) et aux troubles mentaux.

La souffrance psychique est, selon cette approche, « *un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie. Elle indique la présence de symptômes ne correspondant pas à des critères diagnostics de maladie et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles* ».

L'intensité de cette souffrance, sa permanence, sa durée et/ou ses conséquences peuvent néanmoins conduire à la nécessité d'une prise en charge médico-psycho-sociale.

L'avancée en âge peut être à l'origine de questionnements (sur son passé, son avenir, le sens de la vie, etc.) voire d'une souffrance existentielle, particulièrement au grand âge. C'est ce qu'illustre notamment le rapport 2013 de l'Observatoire National de la Fin de Vie⁵ qui, par l'exposé de sept parcours de fin de vie distincts, met en évidence la nécessité de prendre en considération les impacts psychiques du vieillissement et de l'approche de la fin de vie.

Malgré cela, la souffrance psychique des personnes âgées et ses différentes formes d'expression (tel le ralentissement psychomoteur, le repli sur soi, la somatisation, etc.) sont encore souvent banalisées⁶ et mises sur le compte du seul vieillissement. Pourtant, la dépression des personnes âgées est « *une pathologie et en aucun cas la conséquence d'un vieillissement normal*⁷ ».

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé de New York des 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100.

² Union européenne. (Conférence de Haut-Niveau, 12-13 juin 2008, Bruxelles). *Ensemble pour la santé mentale et le Bien-être*. Bruxelles : Commission Européenne, 2009.

³ La qualité de vie est une notion définie par l'OMS en 1993 comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». Cette qualité de vie est un concept qui renvoie à de multiples dimensions, tant objectives que subjectives : l'état de santé physique de la personne, ses capacités fonctionnelles, ses sensations de bien-être physique, son état de santé psychologique, ou encore son statut social et son environnement relationnel. WHOQOL GROUP. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). Quality Life Research, 1993, n°2, pp. 153-159.

⁴ Commission européenne de l'Union européenne et conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006.

⁵ Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie des personnes âgées. *Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France*. Rapport 2013. Paris : ONFV, 2013, 126 p.

⁶ L'analyse de la littérature médicale indique que près de la moitié des dépressions des personnes âgées ne sont pas diagnostiquées.

⁷ THOMAS P., HAZIF-THOMAS, C., Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*. 2008, pp. 141-155.

Les personnes âgées constituent par ailleurs une population vulnérable face au risque suicidaire. Selon les chiffres du Cépide-Inserm⁸, 28 % des suicides survenus en France en 2010 ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus, soit près de 3 000 personnes. Selon les analyses épidémiologiques, près de 90 % des suicides de personnes âgées sont en lien avec un trouble psychiatrique.

Face à ces constats, il est aujourd'hui important que les orientations des politiques publiques et les pratiques professionnelles visent conjointement à « *améliorer la prévention, le dépistage et les soins des troubles psychiques d'apparition courante au moment du vieillissement (troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles du sommeil...) [...] largement banalisés, sous diagnostiqués et sous traités* »⁹.

L'amélioration du repérage des situations de souffrance psychique ou de dépression constitue donc un réel enjeu de santé publique permettant notamment de réduire le nombre de passages à l'acte suicidaire.

2 LE CHAMP DE LA RECOMMANDATION

La thématique de la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée est inscrite dans le programme de travail 2013-2014 de l'Anesm, au titre de la qualité de vie.

Cette recommandation concerne les établissements et services relevant de l'article L.312-1 alinéa 6 du Code de l'Action Sociale et des Familles (Casf).

Elle s'adresse aux professionnels :

- des services intervenant à domicile (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (Spasad), Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA),
- des établissements d'hébergement pour personnes âgées, médicalisés ou non (Ehpad, Ehpa, etc.),
- des structures d'accueil temporaire (type accueil de jour),
- des Centres Locaux d'Information et de Coordination (Clic),
- des établissements ou services à caractère expérimental, au sens de l'alinéa 12 de l'article L. 312-1 du Casf.

Elle peut aussi être valablement utilisée par les acteurs et les partenaires institutionnels et/ou opérationnels¹⁰ dans le cadre de réflexions et d'échanges, notamment avec les usagers ou leurs proches.

⁸ Le Cépide (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) est un des laboratoires de l'Inserm. Les missions essentielles du Cépide sont la production annuelle de la statistique des causes médicales de décès en France, la diffusion des données et les études et recherches sur les causes médicales de décès. Les informations sont consultables en ligne sur le site du Cépide : www.cepide.inserm.fr

⁹ Direction Générale de la Santé. Sous-direction de la promotion de la santé, *Vieillesse et santé mentale : un état des lieux en 2007*. Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. Paris : 2008, 36 p.

¹⁰ Par exemple, les pilotes et gestionnaires de cas des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les professionnels des services sociaux des conseils généraux, les associations de bénévoles, etc.

Cette recommandation est à mettre en lien avec l'ensemble des recommandations de l'Anesm, et plus particulièrement :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008) ;*
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008) ;*
- *Élaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service (mai 2010) ;*
- *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (février 2012) ;*
- *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes (avril 2012) ;*
- *Qualité de vie en Ehpad : volets 1 à 4 (février 2011 à novembre 2012) ;*
- *Le soutien des aidants non professionnels (2014).*

3 LES OBJECTIFS DE LA RECOMMANDATION

La recommandation a pour objectif de donner, aux professionnels de l'accompagnement des personnes âgées, des éléments de réflexion sur les pratiques et sur les actions concernant :

- la prévention des risques de souffrance psychique ;
- la connaissance des facteurs de risque et des situations pouvant générer une souffrance psychique ;
- le repérage précoce des signes de souffrance psychique ;
- le partage d'informations relatives à la souffrance psychique repérée, effectué dans le respect de la dignité de la personne et des règles du secret professionnel et/ou médical ;
- la mise en place d'un accompagnement interdisciplinaire, coordonné et adapté à la situation de souffrance psychique repérée ;
- l'amélioration du repérage et de la gestion des situations de crise, et plus particulièrement de crise suicidaire avec risque de passage à l'acte.

POINT DE VIGILANCE

La souffrance psychique peut concerner autant la personne accompagnée que l'ensemble des aidants non professionnels¹¹.

L'aidant principal (ou les aidants principaux le cas échéant), majoritairement présent auprès de la personne (autant au domicile qu'en Ehpad), est particulièrement vulnérable face au risque de souffrance psychique.

Tout au long de la présente recommandation, la souffrance psychique dont il est question concerne **la personne et/ou le(s) aidant(s) eux-mêmes âgés** (conjoint, enfants vieillissants, etc.).

Afin de faciliter la lecture, l'expression « le(s) aidant(s) » a été retenue.

¹¹ D'après la Recommandation n° R(98)9 du Comité des ministres aux états membres relative à la dépendance : dans le secteur des personnes âgées dépendantes, la notion d'aidants non professionnels peut être définie comme « *des membres de la famille, des voisins ou d'autres personnes qui prêtent des soins et font de l'accompagnement aux personnes dépendantes de façon régulière sans avoir le bénéfice d'un statut professionnel leur conférant les droits et les obligations liés à un tel statut* ».

4 LA RECOMMANDATION, MODE D'EMPLOI

Cette recommandation se décline en cinq chapitres :

- La prévention continue de la souffrance psychique ;
- Le repérage précoce des signes de souffrance psychique ;
- La prise en charge interdisciplinaire de la souffrance psychique ;
- La gestion des situations de crise suicidaire ;
- Études de cas pour l'appropriation de la recommandation.

Les chapitres 1 à 4 comportent des **recommandations**, ainsi déclinées :

L'**introduction** éclaire le lecteur sur le contexte et les problématiques.

Les **enjeux et effets attendus** définissent les buts à atteindre et précisent les effets attendus pour les personnes accompagnées.

Les **déclinaisons concrètes de la recommandation** précisent les actions à mettre en œuvre.

Elles tiennent compte des spécificités d'intervention des professionnels selon le lieu de vie de la personne âgée (au domicile ou en établissement).

Les **illustrations** présentent, à titre d'exemple, quelques expériences développées localement. La vocation de ces illustrations est uniquement d'éclairer le propos. Elles n'ont pas de caractère exhaustif et ne sont pas des recommandations.

Les **points de vigilance** attirent l'attention sur des problématiques importantes.

Les **repères juridiques** rappellent le cadre de la loi.

L'**essentiel** des recommandations est résumé de façon synthétique à la fin de chaque chapitre.

Le document est complété par des annexes comportant :

- des fiches facilitant l'appropriation de la recommandation,
- des références de guides, de recommandations et d'outils thématiques,
- la méthode d'élaboration de la recommandation et la liste des personnes y ayant participé.

Une analyse de la littérature française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées, ainsi qu'une bibliographie permettent d'approfondir certaines thématiques abordées au sein de la recommandation.

L'ensemble de ces documents, ainsi que la synthèse de la recommandation sont disponibles sur le site de l'Anesm (www.anesm.sante.gouv.fr).