

Université Lille 2 - Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)

Master Management Sectoriel

Parcours : Management des Etablissements Sanitaires et Médico-sociaux



GODARD Adeline

Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD

Sous la direction du Dr Martine LEFEBVRE

**Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master
Année universitaire 2017-2018**

Date de soutenance : Le 27 septembre 2018 - 15h.

Composition du jury :

M. Stanislas WOCH, Responsable de filière.

Docteur Martine LEFEBVRE, Présidente de la F2RSMPsy HdF (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France).

Mme Brigitte DE SAINTE MARESVILLE, Directrice de l'EHPAD les EPRIAUX.

Faculté Ingénierie et Management de la Santé - ILIS

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite remercier le Dr Martine LEFEBVRE, présidente de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France, d'avoir accepté d'être ma directrice de mémoire. Son écoute, sa disponibilité et ses conseils avisés m'ont permis de mener à bien la réalisation de ce mémoire. De plus, c'est grâce à elle que j'ai pu échanger avec des interlocuteurs du secteur de la psychiatrie, des rencontres indispensables pour la rédaction de ce mémoire.

Ensuite, je souhaiterais remercier Monsieur Stanislas WOCH, président du jury et responsable du Master MES au sein de la Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS), pour sa disponibilité et les enseignements dispensés durant cette année universitaire.

Je remercie également Madame Brigitte DE SAINTE MARESVILLE, Directrice de l'EHPAD Les EPRIAUX de Fruges, d'avoir accepté d'être mon deuxième membre de jury et de sa disponibilité.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des participants ayant répondu à l'enquête mise en place dans le cadre de ce mémoire ainsi qu'aux différents professionnels interrogés, pour leur partage d'expérience permettant l'enrichissement de ce travail.

Enfin, je remercie ma famille pour ses relectures avisées.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	3
PARTIE I. LA PLACE DES PSYCHOTIQUES ÂGÉS	6
Chapitre 1. La psychiatrie du sujet âgé : Définitions et champ de compétences	6
Chapitre 2. Les troubles psychiatriques de la personne âgée : Priorité majeure de la santé publique	15
Chapitre 3. L' EHPAD, structure possible pour les psychotiques vieillissants	21
Conclusion intermédiaire	30
PARTIE II. METHODOLOGIE EMPLOYÉE	31
Chapitre 1. Outils utilisés et limites	31
Chapitre 2. Résultats	38
Chapitre 3. Mises en perspectives personnelles afin d'assurer un devenir en EHPAD des psychotiques âgés	53
Conclusion intermédiaire	59
CONCLUSION	60
TABLE DES MATIERES	68
TABLE DES ILLUSTRATIONS ET DES FIGURES	70

INTRODUCTION

En France, les maladies psychiatriques se situent au 3^{ème} rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardio-vasculaires¹. En 2015, elles représentaient 22,5 Mds € de dépenses pour l'assurance maladie, soit des coûts supérieurs à ceux liés au cancer (16,8 Mds €) ou à des maladies cardio-neurovasculaires (15,8Mds €)².

D'après l'étude réalisée conjointement par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la banque mondiale et l'école de santé Publique d'Harvard, 5 des 10 pathologies les plus préoccupantes concernent la psychiatrie. Il s'agit de la schizophrénie, des troubles bipolaires, l'addiction, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif³. Elles touchent 1 français sur 5.

A l'horizon de 2020, les maladies mentales deviendront la première cause mondiale d'invalidité dans le monde. De plus, avec l'avancée en âge des générations du baby boom⁴, et l'augmentation de l'espérance de vie, quasiment tous les pays sont ou seront confrontés au vieillissement de leur population. En France, au 1^{er} janvier 2018, les personnes de 65 ans et plus représentent 19,6% de la population⁵.

Selon l'OMS, entre 2015 et 2050, la population mondiale âgée de 60 ans et plus devrait doubler et passer de 900 millions à 2 milliard. Ainsi, selon ces projections plus d'une personne sur 5 aura 60 ans et plus en 2050

Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes âgées induisent une augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. C'est dans ce contexte que s'inscrit le développement d'une nouvelle approche : la psychiatrie de la personne âgée. Depuis 2017 et la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales⁶, la psychiatrie de la personne âgée est reconnue comme une surspécialisation à statut équivalent avec la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence.

¹UNAFAM., (2014). *Faisons de la Santé mentale et des Troubles psychiques la Grande Cause Nationale de 2014 !*

²LOPEZ A. & TURAN-PELLETIER G., (2017). Tome 1 Rapport Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, 15p.

³HAS., (2013). *Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale*,1p.

⁴ Pic de natalité : Personnes nées entre 1946 et 1975

⁵ INSEE., (2018). *Population par âge*.

⁶ LIMOSIN F., (2018). La Lettre du Psychiatre. *PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE : ENFIN LA RECONNAISSANCE. VOLUME XIV*

Il se pose la question suivante : Quelle est l'orientation des malades psychiatriques à l'âge de 60 ans ?

La circulaire du 15 mars 1960⁷, relative à la sectorisation psychiatrique vient fixer le principe de la réinsertion sociale pour les malades. Elle définit que « *la place des personnes âgées est à leur foyer et, éventuellement, dans les maisons de retraite. Ce n'est qu'exceptionnellement lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques, qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique.* »

Concernant les malades psychiatriques, leur entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) a été amplifiée par la réduction du nombre de lits d'hospitalisation et le mouvement de désinstitutionalisation dans ce secteur. Depuis, il n'est pas rare que ces patients soient admis en EHPAD, dès l'âge de 60 ans.

Compte-tenu de ces constats, des interrogations sont émises à la fois sur la diversité des profils des résidents accueillis en EHPAD mais aussi sur les compétences et la formation des professionnels qui accompagnent ce public hétérogène. J'ai souhaité orienter ce mémoire vers la population psychiatrique, encore trop souvent délaissée et stigmatisée par les professionnels mais aussi les autres résidents et familles. Plus précisément, j'ai ambitionné de répondre à la problématique suivante :

« Entre mythe et réalité, quel est le devenir des psychotiques vieillissants en EHPAD ? »

En tant que future directrice d'établissement médico-social, cette problématique me semble indissociable de la fonction managériale. En effet, ce thème implique la gestion des ressources humaines, l'identification des besoins en compétences de chaque poste, l'évolution de la politique de formation ainsi que la capacité à développer des partenariats.

Dans un premier chapitre, nous préciserons le contexte et le champ de compétences. Puis, nous exposerons l'évolution de la psychiatrie de la personne âgée au travers du contexte réglementaire. Pour finir, nous aborderons la place de l'EHPAD dans l'accompagnement des psychotiques âgés.

⁷ http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf

Dans un deuxième chapitre, nous définirons la méthodologie déployée pour la réalisation de l'enquête et des entretiens semi-directifs auprès de professionnels du secteur de la psychiatrie et des EHPAD. Les résultats y seront également analysés et présentés.

Enfin, dans le troisième et dernier chapitre de ce mémoire, nous déduisons de l'enquête, des Entretiens Semi-Directifs et des recherches bibliographiques des éléments de réflexions et des pistes d'action dans le but de répondre aux besoins des résidents psychotiques vieillissants et aux appréhensions des professionnels.

Chapitre 1. La psychiatrie du sujet âgé : Définitions et champ de compétences

A. Emergence d'une nouvelle discipline : la psychiatrie du sujet âgé

La psychiatrie française s'est longtemps montrée réticente à s'intéresser de façon spécifique au grand âge. Cependant, la prise en compte du vieillissement de la population et de la longévité des personnes atteintes de troubles psychiatriques a poussé des médecins et des chercheurs à se préoccuper de cette population.

De 1966 à 1998, à Lausanne, en Suisse se sont tenues trois conférences sur la psychiatrie de la personne âgée afin d'en établir une définition et d'en énoncer les principes généraux d'organisation des soins et de formation. Ces trois conférences sont à l'initiative de Jean Wertheimer, directeur du centre collaborateur pour la Psychogériatrie de l'OMS mais aussi le Président de la Section Psychiatrie de la Personne Âgée de l'Association Mondiale de Psychiatrie (AMP ou WPA en anglais pour World Psychiatric Association).

La définition de la psychiatrie du sujet âgé, citée ci-dessous, est donnée par le premier texte de consensus entre l'Association Mondiale de Psychiatrie et l'OMS en 1966⁸.

La psychiatrie du sujet âgé est « *une branche de la psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer, prévenir tous les types de pathologies psychiatriques du sujet âgé et leurs conséquences* ».

Selon la même définition : « *Elle ne se limite pas à traiter les complications psychiatriques des démences ou des autres affections cérébrales organiques, mais a pour vocation de prendre en charge tous les patients âgés porteur d'une pathologie psychiatrique aiguë ou chronique développée dans l'enfance, l'âge adulte ou l'âge avancé.* »

⁸ CAMUS V. & DE MENDONÇA LIMA C-A. & BERTELOTE J-M. & GAILLARD M., *Réunions de consensus sur la psychiatrie de la personne âgée : une initiative de l'oms et de l'association mondiale de psychiatrie.*

Cette définition, met l'accent sur le fait que la psychiatrie de la personne âgée ne se préoccupe pas d'un groupe homogène. En effet, deux types de profils se distinguent. D'une part les troubles mentaux chroniques apparus à l'âge adulte ou lors de l'enfance et ayant évolués avec l'âge, d'autre part, elle s'intéresse aux troubles mentaux apparus avec l'avancée en âge chez une personne ne présentant aucun antécédent psychiatrique.

Les termes utilisés pour parler de la psychiatrie de la personne âgée sont nombreux et peuvent parfois porter à confusion. Doit-on parler de psychogériatrie, de gérontopsychiatrie ou de psychiatrie gériatrique ? Comme le souligne Monsieur Philippe JAULIN, « *le problème de la dénomination n'est pas résolu* »⁹. Cette ambiguïté semble être le reflet d'un problème identitaire.

La psychiatrie gériatrique correspond à la notion anglo-saxonne d'old age psychiatry. Elle comprend l'ensemble des maladies psychiatriques du grand âge. Par conséquent, elle inclut à la fois les troubles d'apparition tardive, les troubles connus depuis l'âge adulte vieillissant et les démences préséniles.

La psychogériatrie d'après Wertheimer¹⁰ à une définition identique à la précédente. Selon l'explication que donne Jean Claude MONFORT, la psychogériatrie « *n'est pas une discipline : ni psychiatrie ni gériatrie, la psychogériatrie est une approche multidisciplinaire.* ». Elle a pour objet de comprendre et d'accompagner les personnes âgées qui souffrent de difficultés psychologiques ou d'un trouble psychiatrique caractérisé, qu'elles aient ou non une polyopathie somatique et un état démentiel associé ». Par conséquent, elle implique d'autres spécialités médicales et soignantes. Toutefois, la sémantique du mot, nous rappelle qu'il s'agit avant tout d'une branche de la gériatrie qui s'occupe de la psychiatrie.

La gérontopsychiatrie se veut quant à elle être une véritable discipline de la psychiatrie de la sénescence. Celle-ci est centrée sur l'ensemble des pathologies mentales de la personne âgée.

⁹JAULIN P., (2012). *Psychiatrie du sujet âgé : les métamorphoses d'un nom, information psychiatrique*, volume 88, p709-710

¹⁰ MONFORT J.C., (2014). *La psychogériatrie, « Que sais-je », 5^{ème} édition*, Paris, Puf.

Pour J. Wertheimer (cité par Pierre Charazac), la gérontopsychiatrie a pour objet :

- ❖ « *les affections propres à la personne âgée ;*
- ❖ *les affections communes à toutes les générations mais qui surviennent dans la vieillesse ;*
- ❖ *les affections connues qui se prolongent dans la vieillesse ;*
- ❖ *les affections consécutives à des affections somatiques. »*

Selon Jean-Marie Léger en 1999, « *ces deux disciplines, gérontopsychiatrie et psychogériatrie, n'en sont pas moins complémentaires et indissociables dans la pratique* »¹¹.

D'un point de vue général, dans ce mémoire nous parlerons de psychiatrie du sujet âgé. Ce terme semble être le plus adapté.

B. Pathologies psychiatriques : une diversité de profils

❖ Les patients psychiatriques âgés chroniques

Cette première catégorie, comprend les personnes âgées qui ont contracté des troubles psychiatriques à un jeune âge, qui vieillissent avec leur maladie ou qui subissent une réapparition avec l'avancée en âge. On parle de psychose vieillie ou de psychotique vieillissant. Dans ce groupe d'individus, nous retrouvons des patients schizophrènes, des délirants chroniques, des patients uni ou bipolaires (psychose maniaco-dépressive, troubles de l'humeur), suivis de longue date¹². Cette catégorie, est au coeur de ce mémoire, c'est pourquoi elle sera davantage développée par la suite.

❖ Les personnes âgées sans antécédents psychiatriques

Cette deuxième catégorie correspond à des personnes sans antécédent psychiatrique et dont le premier épisode apparaît une fois arrivé dans le 3^{ème} ou 4^{ème} âge. Monsieur Jean Claude MONFORT, médecin psychiatre, explique dans son ouvrage¹³ que « *L'avancé en âge ne protège pas de la souffrance psychologique, c'est même l'inverse plus on avance en âge, plus la vulnérabilité psychique augmente, plus le risque de décompensation psychiatrique est élevé* ».

¹¹ CHARAZAC P., (2015). *L'aide mémoire de psycho-gériatrie en 24 notions*, 2^{ème} édition, DUNOD.

¹² JOVELET G., (2010). L'information psychiatrique. *Psychose et vieillissement. P39-47 (Volume 86)*.

¹³ Jean Claude MONFORT, (2014). *La psychogériatrie: « Que sais-je ? »*

Avant l'apparition du premier épisode psychiatrique, ces individus sont pour la plupart déjà atteints de comorbidités somatiques, si bien que le diagnostic devient difficile. Selon une estimation, seulement 5% des personnes âgées de 65 ans et plus déclarent un épisode psychotique pouvant être qualifié de très tardif indépendamment de tout autres pathologies¹⁴.

D'une part, cette catégorie comprend des personnes atteintes de psychoses tardives ou très tardives. Les psychoses dites tardives ou très tardives sont caractérisées selon un seul critère, l'âge d'apparition des troubles psychiatriques. La schizophrénie et les troubles bipolaires dit très tardifs se manifestent après l'âge de 60 ans. Dans la population des plus de 65 ans, la prévalence de la schizophrénie tardive est estimée à environ 6%.¹⁵

Les psychoses tardives possèdent des spécificités cliniques. A titre d'exemple, chez la schizophrénie très tardive, les hallucinations multisensorielles (visuelles, tactiles ou auditives) sont fréquentes, tout comme les idées délirantes. A l'inverse, l'émoussement affectif et les troubles du cours de la pensée sont peu fréquents¹⁶.

D'autre part, elle est composée de personnes âgées pouvant souffrir épisodiquement de dépression. Sous déclarés, les troubles dépressifs chez les séniors ne doivent pas être considérés comme une étape du vieillissement normal. La dépression est une maladie psychique qui affecte entre 8 et 16% des 65 ans et plus¹⁷. Plus vulnérables, ils subissent des bouleversements dans leur vie, pouvant amener jusqu'au suicide. Environ 90% des tentatives de suicide chez les personnes âgées ont pour facteur associé un état dépressif. Cela représente 3000 suicides chaque année¹⁸.

¹⁴FANTINI-HAUWEL C. & GÉLY-NARGEOR M.C. & RAFFARD S. (2014). *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante*. 63p, DUNOD

¹⁵https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_16AFE1BB121D.P001/REF

¹⁶DESMIDT T. & ZAWADZKI L. & CAMUS V., (2012), in : DALERY J. & D'AMATO T. & SAOUD M., Pathologies schizophréniques, *Schizophrénie vieillie et psychoses tardives*, 112 - 119p. Lavoisier.

¹⁷HELMER C, & MONTAGNIER D, & PÉRÈS K. Epidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. *Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse* 2004;2: S7-S12.

¹⁸SILVERERCO., (2015). *Suicide des personnes âgées : des chiffres qui inquiètent !*

❖ Les patients déments

Dans le monde, il est estimé qu'entre 5 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteintes de démence à un moment donné¹⁹. D'ici 2050, le nombre de personnes souffrant de démences pourrait s'élever à 150 millions.

L'OMS considère cette problématique comme une priorité de santé publique. Cela a conduit à l'élaboration d'un plan mondial de santé publique contre la démence pour la période 2017-2025.

Ce 3^{ème} groupe réuni la population déclarant une maladie neuro-dégénérative, telle qu'une démence à corps de Lewy, la maladie d'Alzheimer... Les démences survenant après 65 ans, dites séniles, telle que la maladie d'Alzheimer, ne sont pas des pathologies mentales mais des maladies neuro-dégénératives. Cependant, elles s'accompagnent fréquemment de complications à manifestation psychiatriques telles que des troubles psychologiques et/ou comportementaux (dépression, angoisse, hallucination...). En ce sens, la frontière entre démence et psychiatrie devient floue.

La maladie d'Alzheimer est la forme de démence la plus répandue. Elle représente 70% des démences de la personne âgée. Aujourd'hui, 850 000 français sont touchés par cette maladie. D'ici 2020, 1,275 millions d'individus seront malades et 1 français sur 4 de plus de 65 ans sera concerné par la maladie²⁰.

L'évolution de la maladie peut entraîner des conséquences : augmentation de la dépendance, dégradation des capacités cognitives du patient et perte d'autonomie progressive dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation...). Ainsi, la détérioration des capacités psychiques et physiques du malade demande un gros investissement de la part des aidants. Leur épuisement entraîne souvent l'entrée de leur proche atteint de cette démence en institution et plus particulièrement en unité de vie renforcée.

Depuis 2001, l'augmentation de la prévalence de la maladie a incité le pays à mener une politique de lutte contre la maladie d'Alzheimer qui s'exprime par les déploiements successifs de 4 plans nationaux de santé. Tous ont pour objectif d'assurer la qualité de vie des malades et des aidants.

¹⁹OMS., (2017). *La démence*.

²⁰ France Alzheimer., *La maladie d'Alzheimer en chiffre*.

Tout bien considéré, la psychiatrie du sujet âgé est une discipline qui nécessite une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire : gériatres, psychiatres et neurologues.

C. Les psychotiques vieillissants

Un sujet dit « psychotique » est un individu qui souffre de psychose. Selon la définition du dictionnaire Larousse, la psychose y est définie comme : « *L' Altération globale de la personnalité bouleversant les rapports du sujet avec la réalité*²¹ ».

Etymologiquement, le terme « psychose » provient du grec « psyche » qui signifie esprit / âme et de « osis » qui signifie anomalie. La psychose fut décrite pour la première fois en 1845 par Monsieur E.von Feuchtersleben, psychiatre autrichien, pour désigner l'aliénation mentale. Le mot « psychose » est utilisé comme alternative au terme de folie et manie. Historiquement, Monsieur Emil Krapelin, psychiatre Allemand, pose les fondements d'une séparation nette entre troubles psychotiques et troubles névropathiques. Ainsi, dès le début du 20^{ème} siècle apparaît un couple de termes opposés : névrose-psychose²². Cette dichotomie sera reprise et formalisée dans les différents écrits de Sigmund Freud.

La définition du terme « psychose » a varié et évolué au fil du temps selon les approches d'analyse de chacun. Différents dictionnaires médicaux déterminent la psychose comme un terme générique psychiatrique définissant une maladie mentale dont le patient « *n'est pas conscient [de sa maladie], contrairement à la personne atteinte de névrose qui a la capacité de se rendre compte de l'existence d'un trouble* »²³.

Selon le dictionnaire des termes psychiatriques, les psychoses se définissent comme « *les affections mentales les plus sévères comportant une atteinte globale et profonde de la personnalité* ». Les aspects typiques comportent: « *une symptomatologie majeure, caractéristique s'il s'agit par exemple d'idées délirantes ou hallucinations ; une altération du contact avec ce qu'il est convenu d'appeler la réalité ; une diminution ou une absence de conscience ou de critique vis-à-vis du vécu pathologique, avec croyance à son égard ; d'importantes altérations de la personne, fréquemment accompagnées de perturbations*

²¹ LAROUSSE., *définition psychose*.

²² ENCYCLOPÆDIA-UNIVERSALIS., JUILLET P. & STORK H. & FÉDIDA P. « *Psychose* ».

²³ A ma santé., Définition « *psychose* ».

de la relation au monde extérieur, en particulier des conduites, avec parfois isolement; une impression générale d'étrangeté des troubles ; une évolution le plus souvent réservée »²⁴.

D'après un récent rapport de la DREES²⁵, « Les troubles psychotiques comprennent la schizophrénie ainsi que les troubles psychotiques aigus, les troubles schizotypiques, les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants persistants et autres psychoses non organiques non précisées selon la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS (CIM- 10). »

Les définitions sont multiples mais peu d'enquêtes ont été menées sur les personnes souffrant de troubles psychotiques. Par conséquent, les données épidémiologiques sont rares. Toutefois, en France, en 2014, 7,4 personnes pour 1 000 habitants ont été identifiées comme présentant des troubles psychotiques, une schizophrénie pour la moitié d'entre elles. Le graphique ci-dessous montre l'évolution de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychotiques ou schizophréniques par le système de soin selon l'âge et le sexe en 2014.

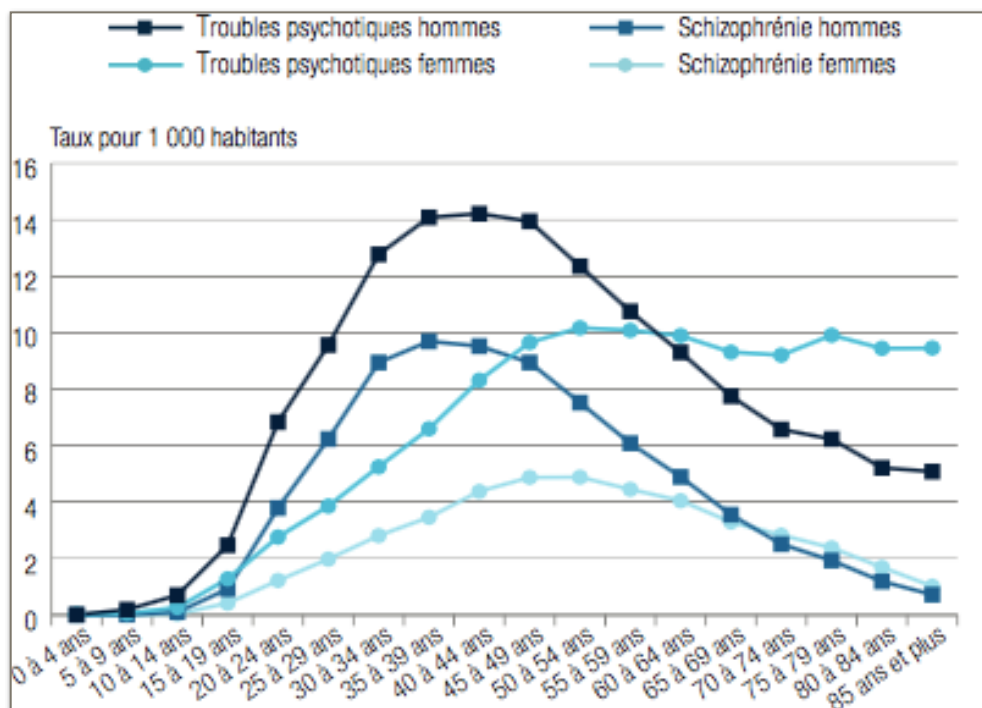


FIGURE N°1 : TAUX DE PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHOTIQUES OU DE SCHIZOPHRÉNIE PRISES EN CHARGE PAR LE SYSTÈME DE SOINS, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, EN 2014 (POUR 1000)

²⁴ Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine , définition « psychose »

²⁵ DREES., (2017). L'état de santé de la population française. 291p.

D'après le Docteur Alain BOITRELLE²⁶, les troubles psychotiques sont les affections les plus graves et celles les plus médicamentées. Elles se caractérisent par une perte de contact avec la réalité. Il existe une imprévisibilité du comportement qui peut entraîner des risques d'agression et de sorties sans autorisation.

Autrefois appelé psychose maniaco-dépressive, la bipolarité est la 2^{ème} psychose importante. Lors des accès maniaques le malade perd complètement pied avec la réalité.

L'avancée en âge des patients présentant des troubles psychotiques contribue à une nouvelle dénomination : les psychotiques vieillissants. Il se pose la question de savoir à quel âge ces patients sont-ils considérés comme âgés. Selon la littérature, l'âge moyen des patients psychotiques âgés est de 55 ans ou 60 ans.

Dans son ouvrage, « *Ces psychotiques qui vieillissent* », paru en 2010, le psychiatre Georges JOVELET délimite 6 catégories de psychotiques âgés²⁷.

²⁶ Monsieur Alain BOITRELLE psychiatre au Centre Médico Psychologique de GAUCHIN-VERLOINGT

²⁷ JOVELET G., (2017). *Ces psychotiques qui vieillissent*. p29. JOHN LIBBEY EUROTEXT.

Les différents profils sont présentés dans le tableau suivant :

PROFILS DES PSYCHOTIQUES ÂGES (60 ANS)

PROFIL 1 :

Situation : En couple avec des enfants vivant au domicile familiale

Souvent en situation d'invalidité

Suivi thérapeutique : suivi régulier en CMP ou psychiatre privé ou médecin traitant

Orientation : Si fragilité des aidants ==> EHPAD

PROFIL 2 :

Situation : Célibataire ou divorcé vivant chez ses parents âgés

Souffrance des aidants / mode de vie désorganisé

Suivi thérapeutique : /

Orientation : EHPAD

PROFIL 3 :

Situation : Habite seul ou en groupe à domicile

Situation de grande précarité

Suivi thérapeutique : rupture de soins

Orientation : EHPAD

PROFIL 4 :

Situation : Des patients bénéficiant d'un placement familial

Difficultés de trouver des familles relai à partir d'un certain âge

PROFIL 5 :

Situation : « psychotiques chroniques » : hospitalisation en quasi-continue dans des hôpitaux psychiatriques

Patients non stabilisés

Problèmes addictifs

Difficultés de réinsertion sociale

PROFIL 6 :

Situation : psychotiques stabilisés insérés dans les ESAT, hébergés dans les FAM, appartements associatifs ou thérapeutiques.

TABLEAU N°1 : PROFILS DES PSYCHOTIQUES ÂGÉS

Chapitre 2. Les troubles psychiatriques de la personne âgée : Priorité majeure de la santé publique

A. Des avancés politiques favorables à la prise en charge des personnes âgées psychotiques

1. Un cadrage international

L'OMS estime qu'une personne sur 4, soit 25% de la population mondiale, souffre de troubles mentaux²⁸. Ce chiffre continuera d'augmenter en raison de l'accroissement de l'espérance de vie des patients psychiatriques, du vieillissement de la population et des contextes sociaux et géopolitiques. De part sa prévalence et de sa gravité, la santé mentale constitue un enjeu de santé publique majeure.

Au niveau international, l'OMS a adopté en 2013 le plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. L'Union Européenne a publié un pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, signé en 2008 par la France, dont l'un des cinq domaines prioritaires est la santé mentale des personnes âgées.

2. Un cadrage national

[La stratégie nationale de santé \(SNS\) 2018-2022²⁹ : vers une transversalité des soins](#)

Le système de santé français connaît de profondes et rapides mutations, qu'il s'agisse de la transition démographique, de la transition numérique, de la pression environnementale, des innovations numériques, des contraintes budgétaires. Toutes ces nouvelles modalités, influencent les orientations nationales. C'est dans ce contexte que vient d'être adoptée la stratégie nationale de santé 2018-2022. Elle fixe pour les 5 prochaines années les priorités du gouvernement en matière de santé. Cette nouvelle stratégie sera déployée par les acteurs des territoires tels que les Agences Régionales de Santé par les Projets Régionaux de Santé (PRS).

²⁸ OMS, *rapport sur la santé dans le monde*.

²⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé. *La stratégie nationale de santé 2018-2022*.

La SNS 2018-2022 met en exergue 4 axes complémentaires :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie,
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé,
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge,
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Parmi les axes prioritaires de la SNS se dégage un défi majeur pour les membres de l'Organisation des Nations unies dont fait partie la France : la santé mentale. Cette stratégie note le besoin d'inclure l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes atteintes de troubles mentaux via une approche transversale. Ainsi, elle se fixe l'objectif « *d'améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale* ».

Pour y parvenir, elle préconise plusieurs mesures dont :

- « Adopter une approche transversale de la politique de santé mentale alliant la promotion de la santé mentale et du bien-être, la prévention des troubles mentaux, l'accès aux soins et à la prise en charge, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement médico-social et social du handicap psychique et le renforcement de la formation, de l'innovation et de la recherche,
- Mettre en œuvre cette approche dans les territoires dans le cadre des Projets Territoriaux de Santé Mentale et des conseils locaux de santé mentale;
- Maîtriser les délais d'accueil et garantir un niveau de disponibilité pour gérer les situations de crises et de détresse psychique,
- Améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique notamment en créant de nouveaux groupes d'entraide mutuelle, en luttant contre la stigmatisation et en favorisant leur accès à l'emploi et à la formation professionnelle,
- Renforcer la prévention du suicide, notamment le suivi et l'accompagnement des personnes à risque suicidaire, en particulier après une première tentative. »

Afin de répondre aux besoins de cette population, la SNS réaffirme le principe de concilier les acteurs sanitaires, médicaux sociaux et sociaux qui vise à éviter la rupture de continuité des soins. Ainsi, l'accompagnement transversal des psychotiques vieillissants en sera plus simple et efficient.

En France, près de 12 millions de personnes présentent des troubles de la santé mentale soit 1 français sur 5. Afin de mettre en oeuvre la politique de santé mentale, des plans nationaux de « psychiatrie et santé mentale » ont été établis par le ministère de la santé à partir de 2001 :

- Plan santé mentale de novembre 2001, dont le sous-titre est : l'usager au centre d'un dispositif à rénover,
- Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008,
- Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015.

[Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011- 2015³⁰ : Prévenir la rupture des soins](#)

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a été saisi en date du 25 novembre 2014 par la Direction Générale de la Santé (DGS) pour réaliser l'évaluation du Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015. Son évaluation avait pour objectif d'apprécier la mise en oeuvre des orientations stratégiques déclinées dans les différentes régions par les 26 Agences Régionales de Santé et de formuler des recommandations afin d'orienter la future politique de santé mentale.

Dernier en date, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015, avait pour but de prévenir et réduire les ruptures de soin au cours de la vie de la personne.

L'un de ses objectifs était « *d'améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne* ». 4 périodes susceptibles de rupture de prise en charge ont été distinguées :

- Périnatalité / Enfance,
- Enfance / Adolescence,
- Adolescence / âge adulte,
- Age adulte / Vieillesse.

³⁰ Ministère des Solidarité et de la Santé. *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*.

De même, le PPSM 2011-2015 stipulait que « *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.* »

Or, concernant cet axe, le rapport³¹ Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 relève des difficultés dans la prise en charge des sujets psychiatriques âgées, du fait qu'ils soient « *à l'intersection entre la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie.*» Selon le HCSP, le développement d'EHPAD spécialisé en psychiatrie pourrait être une solution satisfaisante. De plus, Il fait le constat que l'intervention des équipes mobiles du secteur de psychiatrie en EHPAD semble très limitée.

Le rapport préconise de renforcer la psychiatrie de liaison, de créer des unités non sectorisée de psychiatrie du sujet âgé, des unités mobiles psycho-gériatriques pour l'évaluation et l'orientation ainsi que le développement de la télémédecine.

3. Un cadrage régional

Les régions ont pour mission de décliner la politique nationale de santé publique . Pour ce faire, elles disposent d'un outil opérationnel : le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Les SROS sont arrêtés pour une période de 5 ans, néanmoins, ils peuvent être révisés à tout moment. Ils ont pour but « *d'évaluer les besoins de santé, l'offre de soins et la détermination des orientations stratégiques de la région en matière de santé dans le but de réduire les inégalités d'accès aux soins et d'améliorer l'état de santé de la population ainsi que l'efficience du système de santé, tant au niveau des établissements de santé (organisation de la permanence des soins, réorganisation des missions de service public) qu'à celui de l'offre ambulatoire (renforcement du premier recours)*³². »

³¹ Haut conseil de la santé publique (HCSP). (2016). *Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*.

³² Eco-Santé., (2015). *Schémas régionaux d'organisation des soins*.

Depuis 1991, trois générations de SROS se sont succédées. Voici l'évolution de la prise en compte de la psychogériatrie pour la région Nord-Pas-de-Calais :

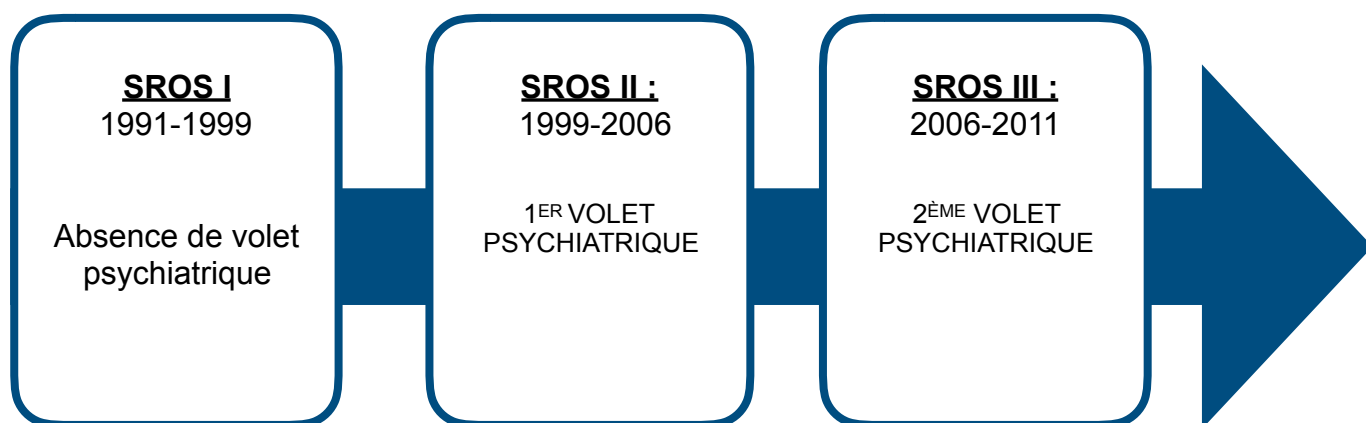


FIGURE N°2 : EVOLUTION CHRONOLOGIQUE DE LA PSYCHOGERIATRIE AU SEIN DES DIFFERENTS SROS DU NPDC

Le bilan du SROS III³³ disponible en annexe dans le rapport « SROS-PRS » qui a suivi montre que des actions ont été mises en place, dont le déploiement d'une équipe mobile de psychogériatrie à Lille.

❖ SROS-PRS : l'exemple du Nord-Pas-de-Calais

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST), portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire est intégré au sein du Plan Régional de Santé (PRS). A l'issue de cette loi, il est désormais dénommé « SROS-PRS » pour marquer sa spécificité. Le « SROS-PRS » est un véritable outil opérationnel régional. Il a pour objectif de « *susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin qu'elle réponde aux besoins de la population et garantisse l'amélioration de l'état de santé et la réduction des inégalités d'accès aux soins* ».

La version actualisée du « SROS-PRS »³⁴ datant du 23 août 2013, issue du PRS Nord Pas-de-Calais pour la période 2012-2016 présente un volet psychiatrique. Publié en octobre 2016, le rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé 2012-2016 Nord-Pas-de-Calais met en exergue des avancées dans le domaine de la psychogériatrie.

³³ ARS NPDC., *Elaboration du SROS Etat des lieux-Bilan du SROS III*.

³⁴ ARS Nord-Pas-de-Calais, (octobre 2016) *Rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016 Nord-Pas-de-Calais*.

- ▶ La mise en place d'un dispositif de téléconsultation dans le domaine de la psychogériatrie, dans le cadre de l'expérimentation PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) sur le territoire du Valenciennois-Quercitain. Ce projet est piloté et coordonné depuis le début de l'année 2004 par les Centres Hospitaliers de Valenciennes et Denain. D'après ce même rapport, ce dispositif dispose de nombreux avantages : des délais d'intervention plus rapides, les déplacements du patients sont réduits, ils facilitent la présence des familles et favorisent des interventions avec des équipes pluridisciplinaires.
- ▶ La création d'un projet mobilisant deux centres hospitaliers «experts» (CHRU de Lille et CH de Cambrai), 18 EHPAD, un SSR et un SSIAD.
- ▶ Pour répondre à la coordination des acteurs autour des filières d'hospitalisation, des conventions régionales types ont été formalisées : l'une d'entre elles prévoit de renforcer les liens EHPAD-Hôpital par la création de 10 équipes mobiles de psychogériatrie en EHPAD.

❖ SRS : l'exemple du Nord-Pas-de-Calais

La loi de modernisation de notre système de santé³⁵ du 26 janvier 2016 conforte l'organisation régionale de la politique de santé définie par la loi HPST de 2009. Elle a pour objectif de simplifier le PRS qui se veut plus stratégique et transversale. Le PRS 2^{ème} génération³⁶ est défini pour une période de dix ans et se compose de trois documents comme le montre le schéma-ci dessous :

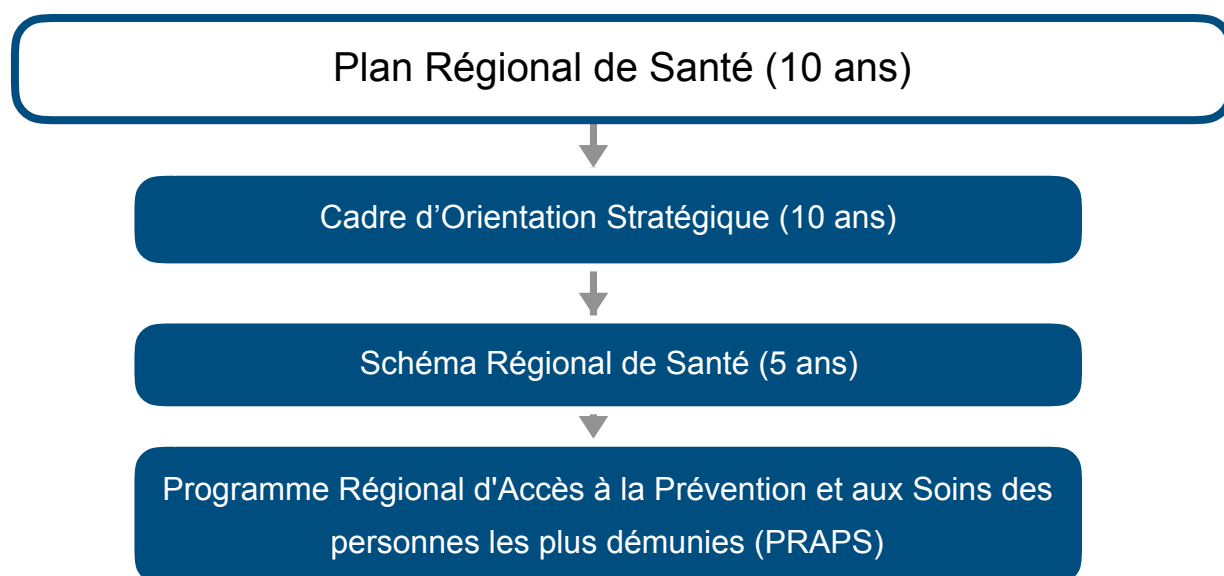


FIGURE N°3 : ARCHITECTURE DU PRS 2^{ÈME} GÉNÉRATION.

³⁵ Légifrance, LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé(1)

³⁶ ARS Hauts-de-France., (2018). CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE 2018-2028.

Le Schéma Régional de Santé (SRS) est un schéma unique révisé tous les 5 ans. Il correspond à la fusion des schémas de prévention, des Schémas d'Organisation des Soins (SROS) et des Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Il marque le décloisonnement du système de santé.

Le SRS des Hauts-de-France 2018-2023³⁷ présente parmi l'une des de ses sept orientations stratégiques une attention particulière à la thématique de la psychogériatrie. L'orientation stratégique : mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans le parcours de santé, pour rappeler l'importance de développer la culture commune et la formation gériatrique.

Pour ce faire, le SRS prévoit la mise en place de formations régionales et interprofessionnelles dont l'une des thématiques sera la psychogériatrie. De plus, il incite au décloisonnement entre les dispositifs et les acteurs de l'accompagnement en psychogériatrie, afin de favoriser le maintien à domicile.

Chapitre 3. L' EHPAD, structure possible pour les psychotiques vieillissants

A. La psychiatrie et le secteur médico-social : un cloisonnement ancien et institutionnel

D'après Marcel Jaeger³⁸, la fracture législative que l'on connaît repose « *depuis la loi hospitalière du 31 décembre 1970, sur la distinction entre les personnes qui ont besoin d'une aide pour leur insertion sociale et/ou professionnelle (financée par l'aide sociale de l'État ou des collectivités territoriales)* ».

Depuis, deux lois du 30 juin 1975 viennent marquer une distinction arbitraire entre le secteur sanitaire et le social, d'une part la loi n°75-735 relative aux institutions sociales et médico sociales et d'autre part la loi n°75-734 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Comme le précise, Martine CARAGLIO³⁹, « *Elles instituent un ensemble homogène et autonome face à un secteur hospitalier : le secteur social et médico-social.* »

³⁷ ARS Hauts-de-France, (2018). *Le Projet régional de sante Hauts-de-France 2018-2028*,

³⁸ JAEGER M., (2012). *L'articulation du sanitaire et du social*. 9p 3^{ème} édition, DUNOD.

³⁹ CARAGLIO M., (2017). *Les élèves en situation de handicap*. Presses Universitaires de France

Ce corpus de textes législatifs vient également marquer une autre fracture, celle entre le champ de la maladie et le champ du handicap.

Néanmoins, depuis 1975, deux nouvelles lois ont inscrit une volonté de favoriser l'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social et social.

- La loi 2002-2 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale⁴⁰. Celle-ci fixe parmi ces 4 orientations, le fait d' « *instaurer une telle coordination des décideurs, des acteurs et organiser de façon plus transparente leurs relations.* »
- La loi n°2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

En ce qui concerne le cloisonnement entre le secteur sanitaire de la psychiatrie et social et médico-social, au delà du champ législatif, d'autres facteurs contribuent et persistent : les diverses sources de financement, les régimes d'autorisation différents et les cultures distinctes⁴¹.

B. Contexte de l'orientation des psychotiques en EHPAD

« Ainsi, les fous vieillissent aussi, mais alors, que deviennent-ils ?⁴² ». Jusqu'en 1960, date de mise en place de la politique de secteur, les psychotiques hospitalisés restaient pour la grande majorité en quasi-continue dans les hôpitaux psychiatriques, jusqu'à y mourir. Si bien que les institutions psychiatriques assuraient non seulement une fonction de soins mais aussi une fonction de lieu de vie. Dorénavant, depuis la circulaire du 15 mars 1960, relevant de l'organisation sectorielle des soins de la psychiatrie et le mouvement de désinstitutionnalisation datant de 1980, le maintien à domicile de ces patients est privilégié⁴³. Pour y parvenir, des aides pour une prise en charge ambulatoire ont été développées telles que des Centres Médico-psychologiques (CMP), des Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel, des hôpitaux de jour, l'Hospitalisation à Domicile en psychiatrie (HAD-psy) ou encore des Visites à Domicile régulières (VAD).

De plus, du virage ambulatoire, des contraintes économiques se sont imposées entraînant une réduction importante du nombre de lits. Le secteur de la psychiatrie n'a pas été

⁴⁰ LEGIFRANCE., LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

⁴¹ Mémoire ENSP., (2006). *Aspects de l'articulation entre sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale (patients adultes)*.

⁴² Phrase émise lors du Congrès français de psychiatrie

⁴³ TOURTAUCHAUX R. & VAILLE-PERRET E. & PONTONNIER A-L. & JALENQUES I., *Patients souffrant de schizophrénie en EHPAD: quel rôle pour l'équipe de psychiatrie de secteur ?*

épargné. Au total, c'est près de 15 000 lits de psychiatrie qui ont été fermés entre 1997 et 2015⁴⁴. A titre d'exemple, la psychiatrie adulte, l'un des 7 secteurs de l'hôpital du Ternois, a supprimé 10 des 40 lits de psychiatrie, soit une diminution de 25%⁴⁵.

Selon Monsieur Alain BOITRELLE, psychiatre, la fermeture de ces lits a demandé des efforts considérables de la part des structures sanitaires : « *aussi bien pour tenter de faire sortir des patients qui étaient hospitalisés pendant longtemps parfois que pour empêcher que d'autres n'arrivent et ne séjournent .* »

Ainsi, l'évolution de la psychiatrie depuis deux décennies vers des prises en charge en ambulatoire (pour exemple dans l'ex région Nord Pas-de-Calais 85% des patients ont une prise en charge exclusive en ambulatoire) afin de maintenir le patient dans la cité, jointe aux contraintes budgétaires que connaissent les établissements de santé depuis 10 ans a favorisé l'orientation des patients psychiatriques en EHPAD.

D'un point de vue économique, selon Monsieur Claudy JARRY, président de la Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et services pour Personnes Agées (FNADEPA), cela s'explique par le fait que « *les EHPAD sont beaucoup moins coûteux que l'hospitalisation. On cherche des solutions hors- psychiatrie, pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la psychiatrie.* »⁴⁶

Les résidents psychotiques séjournant en EHPAD atteignent un nombre entre 35 000 à 40 000. Ainsi, pour Georges JOVELET, ces chiffres sont révélateurs, « *il y a plus de patients « chroniques » dans ces structures non spécialisées, que dans nos hôpitaux.* »

C. Impact du vieillissement

1. Evolution démographique : une population vieillissante

Selon les projections de la population française par groupe d'âge de l'INSEE⁴⁷, au 1^{er} janvier 2070, la France métropolitaine comptabilisera 76,4 millions d'habitants. Elle recensera plus d'une personne âgée de 65 ans ou plus pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans. La France pourrait même atteindre le nombre de 270 000 centenaires.

⁴⁴ BÉGUIN B., LE MONDE, (2018). *La psychiatrie en grande souffrance.*

⁴⁵ Cf entretien Monsieur BOITRELLE Annexe 3

⁴⁶ MALFATTO E., (2013). *Quand les « fous » vieillissent.*

⁴⁷ BLANPAIN N. & BUISSON G., INSEE PREMIÈRE N° 1619, (2016). *Projections de population à l'horizon 2070.*

Les psychotiques ne semblent pas épargnés par la transition démographique. En effet, le nombre de patients âgés souffrant de troubles psychotiques augmente du fait de l’allongement de l’espérance de vie. Toutefois, il est à retenir que les personnes souffrant de problèmes mentaux ont une espérance de vie réduite de 10 à 25 ans.

Une étude⁴⁸ a été menée sur toute la France (Dom inclut excepté Mayotte) de 2000 à 2013. Celle-ci démontre que l’âge moyen de décès des personnes atteintes de troubles mentaux est inférieur au reste de la population. Comme on peut le voir sur le tableau ci-dessous, l’âge moyen de décès est de 63 ans et de 76,1 ans respectivement pour les Hommes et les Femmes. Pour les personnes atteintes de schizophrénie, l’âge moyen au décès est de 59,8 ans Hommes et Femmes confondus.

Ces chiffres sont inférieurs à l’espérance de vie à la naissance cette même période qui était de 78,7 ans pour les Hommes et de 85 ans pour les Femmes.

	Âge au décès (ans)		
	Ensemble	Hommes	Femmes
Troubles psychotiques	69,9	63	76,1
Schizophrénie	59,8	55,9	67,6

TABLEAU N°2 : ÂGE MOYEN AU DÉCÈS SELON LA NATURE DES TROUBLES MENTAUX (TM) ET SELON LE SEXE, FRANCE, 2000-2013.

Le vieillissement progressif de la population s’accompagne d’une hausse du nombre de personnes dépendantes.

2. Elévation du niveau de la dépendance

Aujourd’hui en France, 1,4 millions de personnes sont dépendantes au sens de l’Allocation Personnalisée d’Autonomie (APA), c’est-à-dire qu’elles ont « *besoin d’une aide pour l’accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l’état nécessite une surveillance régulière* ». L’âge moyen de survenue de perte d’autonomie est de 83 ans⁴⁹. Selon l’hypothèse intermédiaire de l’étude de la DREES⁵⁰, le nombre de personnes âgées

⁴⁸ Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013

⁴⁹ INSEE.; (2017). *Personnes âgées dépendantes*.

⁵⁰ DREES., (2013) Dossier solidarité et santé, *Projection des populations âgées dépendantes*.

dépendantes devrait passer à 2,2 millions en 2060 contre 1,1 millions en 2010, soit près du double en 50 ans.

Selon une analyse littéraire, il a été montré que les sujets souffrant de schizophrénie connaissent une évolution hétérogène des troubles cognitifs. Toutefois, il existe un risque accru de survenue de démence chez ces patients après 65 ans⁵¹.

Comme pour les autres personnes âgées, l'allongement de la durée de vie moyenne peut impliquer des répercussions, souvent négatives sur les conditions de vie des sujets psychotiques âgés. En effet, la perte d'autonomie qui en découle peut entraîner un changement du lieu de vie et une intégration dans un EHPAD.

3. Les psychotiques vieillissants : un avenir compromis en EHPAD

Les EHPAD sont des structures médicalisées possédant des équipes pluridisciplinaires. Cependant, au vu des retombées médiatiques, leurs effectifs semblent inférieurs aux missions qui leur sont confiées. En parallèle, l'augmentation de l'âge moyen d'entrée en EHPAD continue de se poursuivre. En 2015, celui-ci était de 85 ans et 8 mois. A contrario, lorsqu'un EHPAD accueille un futur résident psychotique, celui-ci est beaucoup plus jeune. En effet, l'âge d'entrée d'un résident schizophrène est souvent proche de 60 ans, voire même inférieur (possible par le biais de dérogations)⁵².

Ainsi, l'élévation du niveau de dépendance des résidents entrant en EHPAD, la diversité et la gravité des pathologies (en moyenne les résidents cumulent 7,9 pathologies)⁵³ sont des évolutions qui confrontent les acteurs de demain et donc les EHPAD à un défi médical : celui de l'augmentation des besoins en soins.

A ce jour, un patient schizophrène sur sept aurait plus de 65 ans, ainsi on dénombrerait 85714 schizophrènes âgés. A titre comparatif, 818 000 personnes de plus de 65 ans sont touchées par la maladie d'Alzheimer. Cette population est à ce jour davantage acceptée et moins stigmatisée en comparaison aux psychotiques vieillissants. 600 380⁵⁴, c'est le nombre total de places installées pour 7400 EHPAD en France en 2015. Ainsi, à elle seule

⁵¹ DREES., (2013) Dossier solidarité et santé, *Projection des populations âgées dépendantes*. 17p.

⁵² Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil., (2011). *Patients souffrant de schizophrénie devenus âgés : aspects cliniques*. Volume 9.

⁵³ DREES., (2016). *En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës*.

⁵⁴ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303484?sommaire=3353488#titre-bloc-1>

la population atteinte de la maladie Alzheimer dépassent le nombre de places disponibles en EHPAD.

De plus, selon les projections de l'INSEE⁵⁵, les générations du baby-boom devraient connaître une baisse du nombre d'aidants potentiels. Cette diminution impliquant un accroissement des entrées en EHPAD.

Par conséquent, avec le vieillissement de la population et le nombre de place limité en institution, une inadéquation entre l'offre et la demande semble se profiler. Une autre question semble se soulever : Les psychotiques vieillissants ne seront-ils pas laissés pour compte lors du choix entre les différents profils de résidents ?

D. Articulation entre les secteurs psychiatrique et médico-social

L'OMS classe en 18^{ème} position mondiale, la France en termes de structures et d'organisation des soins en psychiatrie de la personne âgée.

Selon le rapport de l'IGAS⁵⁶, les partenariats favorisant la continuité du parcours de soins des personnes psychiatriques peinent à s'organiser et à se développer entre les différents acteurs. Les relations entretenues entre le secteur psychiatrie et médico-social s'articulent autour de deux problématiques :

- Pour la psychiatrie, la recherche de solutions d'aval pour ses patients,
- Pour les ESSMS, l'accès aux soins psychiatriques pour leurs résidents ou bénéficiaires notamment quand ils estiment ne plus être en mesure de prendre en charge la personne.

Face à aux hésitations des établissements, des moyens se sont développés de façon à réussir la transition entre le domicile ou une structure psychiatrique et l'entrée en EHPAD et oeuvrer à son maintien. Il peut s'agir de visites de l'infirmier de l'équipe de secteur, ou d'équipes mobiles spécialisés en psychiatrie du sujet âgé ou encore de la fréquentation à un rythme hebdomadaire d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ou d'un hôpital de jour psychiatrique. Ces interventions doivent être en lien avec le projet de vie réalisé pour le résident.

⁵⁵ DREES., (2013). Dossier solidarité et santé, *Projection des populations âgées dépendantes*. p23.

⁵⁶ LOPEZ A. & TURAN-PELLETIER G., (2017). Tome 1, *Rapport Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, 39p

Voici les dispositifs dont dispose le secteur de psychiatrie :

❖ Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)

Ce sont des lieux non médicalisés s'adressant aux usagers en santé mentale qui vivent chez eux ou dans les institutions. Ils visent « à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe. »⁵⁷

❖ Hôpital de jour psychiatrique

Véritable alternative et relai à l'hospitalisation complète, l'hôpital de jour en psychiatrie permet de garantir un suivi et une stimulation de l'autonomie physique et psychique. De plus, il a pour objectif de lutter contre l'isolement et d'offrir un temps de répit pour les équipes des EHPAD⁵⁸.

❖ Hospitalisation à domicile en psychiatrie (HAD-psy)

Les missions et les modalités de l'HAD en psychiatrie sont précisées par la circulaire du 4 février 2004. L'hospitalisation à domicile en psychiatrie a pour rôle de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter et remplacer une hospitalisation à temps complet⁵⁹. Son intervention en EHPAD est possible depuis 2007. Il s'agit d'une alternative peu développée. En effet, selon le rapport de la cour des Comptes datant de 2015, seul 13 établissements sont titulaires d'une autorisation d'HAD en psychiatrie⁶⁰.

❖ Equipe de liaison sectorielle ou intersectorielle

En EHPAD, les patients psychotiques chroniques font souvent l'objet de stigmatisation de la part des autres résidents, des soignants mais aussi des familles. De plus, un rejet de cette population est réel dans ces institutions. C'est pourquoi un travail en réseau est nécessaire. Le rôle de l'équipe de secteur sera de préparer l'admission du patient psychotique âgé en anticipant la transition entre un service de psychiatrie et un EHPAD. Elle aura également pour mission de le préparer à son nouveau statut celui de résident d'EHPAD. L'équipe de secteur aura aussi un rôle de transmission des connaissances des habitudes de vie et de l'histoire de vie du futur résident auprès de la nouvelle institution

⁵⁷ Legifrance., Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

⁵⁸ CHAM.; Livret d'accueil psychiatrie. Disponible sur internet : http://www.ch-montreuil.fr/wp-content/uploads/2015/03/livret-psychiatrie_OK.pdf

⁵⁹ Legifrance., CIRCULAIRE N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004.

⁶⁰ Rapport Cour des Comptes., (Dec 2015). L'HOSPITALISATION À DOMICILE. Évolutions récentes. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf>

pour une meilleure coordination des soins. Elle devra assurer les situations d'urgence et faire le relai avec l'intra-hospitalier. Leur présence est considérée comme rassurante par les équipes face aux difficultés rencontrées. Enfin, elle pourra également avoir une mission de formation afin de limiter les conduites potentiellement inadaptées de l'équipe soignante en réponse à des comportements non ou mal compris⁶¹. De plus, sa mobilité permet de répondre aux difficultés de déplacement des résidents au niveau de dépendance élevé.

❖ **Equipe mobile de psychogériatrie**

Véritable outil de prévention, les équipes mobiles de psychogériatrie ont pour objectif d'intervenir en amont de la crise de sorte à réduire le recours aux urgences. De plus, elles tentent de renforcer la coordination entre les acteurs.

L'ensemble de ses missions est piloté par une équipe pluridisciplinaire, composée le plus souvent d'un psychiatre, d'un infirmier et d'un psychologue. Elles agissent au plus près des patients dans leur environnement habituel.

A titre d'exemple, l'équipe mobile de psychogériatrie du CHRU de Lille à destination des 60 ans et plus en EHPAD a pour objectifs de :

- ❖ Dresser un bilan à la demande de confrères et, en réponse, orienter vers la prise en charge existante la plus adaptée aux besoins, en évitant tout déplacement superflu,
- ❖ Apporter des réponses aux difficultés de prises en charge des troubles psychogériatriques en EHPAD (troubles cognitifs, comportementaux ou psychiatriques du sujet âgé),
- ❖ Concourir voire permettre le maintien ou une meilleure intégration en institution,
- ❖ Participer à prévenir et soulager l'épuisement des aidants, des professionnels et des proches⁶².

Les situations d'urgences telles que les tentatives de suicide ne sont pas prise en charge.

En plus de ces dispositifs ambulatoires, des innovations technologiques s'inscrivent dans le paysage médical afin de répondre aux besoins et attentes de ces résidents. C'est le cas de la Télépsychiatrie.

⁶¹ LOPEZ A. & TURAN-PELLETIER G., (2017). Tome 1, *Rapport Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, 39p.

⁶² <http://forum.psychologues-psychologie.net/showthread.php?70341-Poste-0-3-EMPG-Lille>

❖ Télépsychiatrie

L'APC (Association de Psychiatres du Canada) et l'APA (American Psychiatric Association) ont défini la télépsychiatrie comme « *le recours à de nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC) pour dispenser ou appuyer des activités cliniques de psychiatrie à distance.* »⁶³

Elle est présentée comme un outil permettant l'amélioration de l'offre de soins. Toutefois, à ce jour peu d'études ont été menées et les données portant sur l'efficacité thérapeutique de ce dispositif sont rares. La Télépsychiatrie permet d'apporter des réponses plus rapides et un suivi des résidents plus soutenu. Malgré tout, la télémedecine est « *loin de se substituer à la visite d'un psychiatre.* »⁶⁴

En 2007, en lien avec l'ARS, le Centre Hospitalier de Rouvray, en Normandie, a développé un dispositif de téléconsultation psychiatrique. Celui-ci était destiné aux personnes âgées en EHPAD et porté par une équipe mobile spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées. Depuis, le dispositif actuel s'étend à 64 établissements médico-sociaux (2/3 d'EHPAD) et à 7 établissements MCO. Le volume d'activité est de 50 à 100 téléconsultations chaque mois. La télépsychiatrie a permis la diminution des déplacements médicaux, gain de temps permettant l'optimisation de l'offre de soins psychiatrique pour les résidents en EHPAD en passant de 3000 à 3300 lits couverts. D'autres avantages ont été exposés comme la diminution du temps de déplacement des patients et une meilleure harmonisation des pratiques médicales entre les différents acteurs sur un même territoire⁶⁵.

Pour l'ensemble des partenariats évoqués ci-dessus, il est nécessaire qu'un accord soit trouvé pour définir les limites d'interventions respectives.

⁶³ DI MAGGIO., (2015). *Télémedecine en psychiatrie.*

⁶⁴ ELIE-LEFEBVRE C. & SCHUSTER J-P. & LIMOSIN F., (2016). *Télépsychiatrie : quelle place dans les soins des sujets âgés ?*

⁶⁵ (HAOUZIR S., « *Au centre hospitalier de Rouvray, la télé-psychiatrie au service de la santé mental* ».)

Conclusion intermédiaire

Depuis 1960, le secteur de la psychiatrie a connu de profondes mutations. L'offre de soins psychiatrique a évolué contribuant à la naissance d'une nouvelle discipline : la psychiatrie du sujet âgé.

Au fil du temps, les avancées politiques internationales, nationales et régionales ont contribué à l'amélioration et à la continuité de la prise en charge des personnes âgées psychiatriques. Cependant l'augmentation de l'espérance de vie soulève une question : où est la place des psychotiques vieillissants ?

Le transfert à l'âge de 60 ans de patients chroniques issus de structures psychiatriques sanitaires vers les EHPAD est dorénavant privilégié. En effet comme le résume la présente opinion de George JOVELET « *Ces transfuges ont été pensés pour résorber « la sédimentation », « l'encombrement », au sein des services, mais aussi cela est clairement énoncé, réduire les coûts en répartissant les dépenses.*

Toutefois, cette transition peut être vécue comme traumatique. En effet, pour cette population jeune, l'EHPAD semble être le reflet d'un « mouvoir ». C'est pourquoi, il est important de mener une réflexion sur les conditions d'accueil et de suivi des patients psychiatriques en EHPAD afin de faciliter leur intégration. L'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social semble être la clé de la réussite.

Compte tenu de ces constats, se pose la question : Entre mythe et réalité, quel est le devenir des psychotiques vieillissants en EHPAD ?

Chapitre 1. Outils utilisés et limites

Peu d'écrits sont disponibles concernant les psychotiques âgés, plus rare encore sont les ressources bibliographiques consacrées aux résidents psychotiques en EHPAD. Données épidémiologiques absentes, témoignages de personnels quasi-inexistants, ce sont autant de manquements qui m'ont poussé à la création de deux types d'outils : une enquête et des grilles d'Entretiens Semi-Directifs (ESD). Ces deux outils complémentaires, enquête et Entretiens Semi-Directifs visent des publics cibles différents

En premier lieu, j'ai mené des entretiens-semi-directifs. Puis, j'ai poursuivi les recherches d'informations par la réalisation d'une étude quantitative correspondant à l'administration de questionnaires. Ces deux outils avaient pour but de répondre à la problématique suivante : Entre mythe et réalité, quel est le devenir des psychotiques vieillissants en EHPAD ?

A. Enquête

❖ Objectifs de l'enquête

Ce questionnaire contribue d'une part à mener une réflexion sur la « place » des psychotiques âgés en EHPAD et d'autre part à connaître le ressenti des professionnels afin d'améliorer les pratiques des professionnels et l'accompagnement de ces résidents.

❖ Elaboration de l'outil d'enquête

L'outil d'enquête est présenté sous la forme d'un questionnaire, celui-ci est disponible en Annexe 1. Pour construire cet outil, j'ai réalisé de nombreuses recherches bibliographiques concernant la psychiatrie du sujet âgé et les moyens de coordination entre le secteur sanitaire et médico-social. Les ESD réalisés plus tôt m'ont également aidé dans la construction de celui-ci.

Au total, l'enquête se compose de 24 questions, celles-ci sont réparties en 4 items :

- Identification,
- Votre perception,
- Devenir des psychotiques,
- Accompagnement des résidents psychotiques.

Elle est composée de 20 questions fermées à choix unique ou multiples avec une échelle, pouvant parfois être associées à des questions ouvertes (pourquoi ? (au nombre de 2)) et de 2 questions ouvertes indépendantes.

L'enquête comporte des questions sur la représentation des psychotiques âgés, les difficultés rencontrées, la formation des professionnels, les relations entre le secteur sanitaire de la psychiatrie et les EHPAD mais aussi sur les perspectives d'amélioration en terme d'accompagnement des personnes âgées psychotiques.

❖ Population cible

En premier lieu, la population cible de l'enquête était le personnel soignant des EHPAD. Après réflexion, j'ai élargi le périmètre de l'étude à l'ensemble du personnel de ces structures, sans exception. En effet, au quotidien tous sont susceptibles d'être en contact et en situation de difficulté face à des résidents psychotiques.

❖ Echantillon

Après réflexion, il a été décidé de sélectionner uniquement 1 établissement. En effet, à cette échelle il était intéressant de percevoir la vision de chacun et le niveau d'acceptation des psychotiques âgés dans de mêmes conditions de travail : public, architecture des locaux, partenariats, dispositifs déployés et plan de formation identique. Il s'agit d'une sélection réalisée par choix raisonné selon des critères prédéfinis :

- Au minimum le nombre standard de salariés en EHPAD (50 à 60) pour un nombre de 80 à 100 lits.
- Un établissement privé à but lucratif ou non lucratif car ne disposant pas une relation privilégiée avec un CH afin d'identifier d'éventuelles problématiques de partenariat.
- Une structure accueillant un public diversifié et avec une Unité de Vie Pour Handicapé Agés (UVPHA) .

L'EHPAD les EPRIAUX répond de tout part aux critères. De plus, les troubles psychiatriques sont prévus au plan de formation 2017/2018. Une conférence a déjà été menée par l'EPSM de St Venant auprès du personnel.

Au final, le questionnaire à été distribué à 73 personnes, dont 53 soignants et 20 membres d'autres pôles (administration, lingerie, entretien....).

On peut regrouper les professionnels de l'EHPAD en deux groupes distincts : pôle soignants et pôle support.

Voici la composition de chacun des pôles :

Pôle Soignants	Pôle support
Médecin coordonnateur	Lingerie
Infirmière coordinatrice (IDEC)	Administration
Infirmière	Animateur
Aide-soignant (AS) /Aide médico-psychologique (AMP) / Accompagnant éducatif et social (AES)	Technicienne de surface
Agent de Services Hospitalier (ASH)	Agent d'entretien / factotum
Ergothérapeute	Moniteur éducateur
Kinésithérapeute	
Psycomotricien	

TABLEAU N°3 : COMPOSITION DES PÔLES D'UN EHPAD

❖ Test

Avant de lancer l'enquête, j'ai testé le questionnaire auprès d'un échantillon dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'enquête. Possédant une thématique spécifique à destination d'un public hétérogène, il était important de le tester. Ce test avait pour but de contrôler la compréhension et l'ordre des questions.

L'échantillon était composé d'une IDEC, deux AS, d'une directrice d'EHPAD et de mon entourage. Le temps de réponse du questionnaire a été estimé à 10 minutes.

❖ Méthode de diffusion

Après approbation par la Directrice de l'établissement « EHPAD les EPRIAUX » le questionnaire a été distribué à l'ensemble du personnel en format papier. Au vu de la complexité de la thématique du questionnaire, il semblait important de discuter avec chacun d'entre eux, avant remise du document. Le choix du format papier a été privilégié pour des raisons techniques, en effet la boîte mail des salariés n'est disponible qu'en interne. Ainsi, pour avoir un taux de retour «satisfaisant », il paraissait pertinent de choisir le format papier. De plus, je pouvais être à leur écoute pour répondre à leurs interrogations.

❖ **Traitement des données**

Afin de respecter l'anonymat du personnel, une urne réservée au recueil des réponses a été installée dans le local du personnel. La collecte des données a été réalisée informatiquement grâce au logiciel Numbers. Les données collectées ont été saisies dans une feuille de calcul afin de réaliser une analyse statistique. Pour des raisons de lisibilité, les résultats sont présentés sous formes de tableaux et différents types de graphiques (histogramme, secteur...).

❖ **Taux de retour**

La période d'enquête a été fixée à 3 semaines. Des relances ont été effectuées auprès des professionnels durant la période de diffusion. Sur les 73 salariés approchés, 32 questionnaires ont été retournés selon les proportions indiquées ci-dessous :

Destinataires	Nombre de réponses au 16/07/2018	Taux de réponse %
Pôle support	9	45
Pôle soignants	23	43,4

TABLEAU N°4 : RÉPONDANTS DE L'ENQUÊTE : « LES PSYCHOTIQUES ÂGÉS »

Le taux de retour est inférieur au taux souhaité. Après discussion, il s'avère que certaines personnes n'ont pas souhaité participer à cette enquête car « sans moyen, aucune amélioration ne pourra être apportée ».

❖ **Limite de l'enquête**

L'avantage de cette méthode de recueil est la liberté de l'enquêté face au remplissage du questionnaire. Cependant, cet avantage peut devenir un inconvénient à cause des possibilités d'incompréhension des questions ou encore du manque de motivation.

❖ **Restitution des résultats**

Les résultats de l'enquête ont été affichés dans le local du personnel de l'établissement. Des moments d'échanges informels ont eu lieu suite à cette diffusion. En effet, suite à la distribution de ce questionnaire de nombreuses interrogations ont émergé sur la prise en charge de cette population en EHPAD.

B. Entretiens Semi-Directifs

J'ai choisi de mener une étude qualitative car « le devenir des psychotiques âgées en EHPAD » est un sujet complexe et un dossier d'actualité de la politique publique du pays. L'entretien semi-directif a été privilégié à l'entretien non directif et directif. Selon la définition de wikipédia : L'entretien semi-directif est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien⁶⁶. Ainsi, la méthode d'entretien semi directif semblait la plus appropriée pour aborder et approfondir certains points et permettre une libre expression des interrogés selon leur vécu. Les entretiens se sont déroulés sur la période allant de juin à juillet 2018.

❖ Objectifs des Entretiens Semi-Directifs

Les objectifs des Entretiens Semi-Directifs étaient multiples :

- Croiser les visions entre les professionnels des structures sanitaires de la psychiatrie et des professionnels du secteur médico-social ;
- Compléter et apporter des précisions aux résultats de l'enquête quantitative destinée aux professionnels du secteur médico-social ;
- Confirmer ou infirmer des hypothèses retenues lors des recherches bibliographiques.
- Recueillir des informations sur des thématiques à ce jour non ou peu abordées ;
- Recueillir des appréciations sur l'admission et la cohabitation des psychotiques âgées dans les EHPAD ;
- Définir des actions pour assurer la continuité des soins entre le secteur psychiatrique et les EHPAD ;
- Identifier des perspectives d'évolution pour la prise en charge des psychotiques âgés en EHPAD.

❖ Elaboration de l'outil

Les entretiens semi-directifs ont été structurés par l'élaboration en amont de guides d'entretiens composés de questions ouvertes. Cela permettant une expression libre de chacun selon ses expériences professionnelles et ses compétences dans son domaine.

⁶⁶ WIKIPEDIA., définition ESD.

Les guides d'entretiens n'ont pas été diffusés en amont aux interlocuteurs pour plus de spontanéité le jour des ESD.

Les grilles d'entretiens étaient construites sur une base commune de 4 questions :

1. Quelle est votre vision sur l'accueil en EHPAD des patients psychotiques âgés ?
2. Comment expliquez-vous les difficultés de cohabitation entre les résidents psychotiques et les autres résidents ?
3. Quels sont les moyens à mettre en oeuvre pour assurer la continuité des soins entre le secteur de la psychiatrie et les EHPAD ?
4. Quel est votre vision sur la création d'unités de vie spécifiques et adaptées aux sujets âgés psychotiques, à l'instar des unités de vie protégées pour la maladie d'Alzheimer ?

Selon le profil des interrogés d'autres thématiques ont été abordées et certaines ont d'avantage été approfondies.

❖ **Prise de contact**

Les personnes interrogées ont été contactées par voie électronique. Ces moments de partage de connaissances et d'expériences ont été organisés sur rendez-vous. Le choix du lieu et de la date de la rencontre a été laissé aux interviewés pour qu'ils puissent s'organiser selon leur calendrier et les besoins de leur structure. J'ai fait preuve de capacité d'adaptation et de flexibilité pour respecter les échéances fixées pour cette enquête. En amont de la prise de contact, un travail préparatoire a été réalisé pour accéder aux coordonnées des destinataires. Néanmoins, l'un des interlocuteurs contacté à l'ARS n'a pas répondu aux différents mails envoyés.

❖ **Choix des interviewés**

Au total, 4 Entretiens Semi-Directifs ont été menés auprès de 5 professionnels. J'ai fait le choix d'effectuer ces entretiens auprès d'interlocuteurs présentant des profils distincts et des parcours professionnels diversifiés pour assurer une complémentarité des données recueillies. De plus, il était important d'interroger des professionnels de différents secteurs de psychiatrie adulte du Pas de Calais.

Profil des professionnels rencontrés :

NUMERO ENTRETIEN	NOM / PRENOM	FONCTION	STRUCTURE
1	HEDOUIN Maxime	Géronto- psychologue	Cabinet libéral EHPAD St Marie ECQUES (62129) Ex-membre de l'UMG de St OMER (5 ans)
2	BOITRELLE Alain	Psychiatre Responsable de service	Centre psychothérapique du ternois
3	DUPRIEZ François	Psychiatre, Médecin chef de service psychiatrie et addictologie	CHAM (Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur mer), Rang du Fliers (62180)
4	LAXENAIRE Eric	Directeur Général Ex directeur d'EHPAD	Clinique du littoral, Rang du Fliers (62180)
		Cadre de santé paramédicale et de la gestion des risques	Clinique du littoral, Rang du Fliers (62180)

TABLEAU N°5 : PROFESSIONNELS INTERVIEWÉS

❖ Déroulement des Entretiens Semi-Directifs

Deux possibilités ont été proposées aux interviewés : un échange téléphonique ou une rencontre physique. Au vu du périmètre de géolocalisation des rencontres, le face à face a été privilégié. Les entretiens semi-directifs se sont déroulés dans les structures respectives des interviewés.

Avant de débiter chaque interview, j'ai exposé ma situation universitaire, le but de ma présence et la thématique de mon mémoire. De même, je leur ai expliqué le déroulement de l'entretien. Avec autorisation de l'interviewé, les discussions ont été enregistrées pour favoriser l'écoute et les échanges durant les différentes interviews. Lors des entretiens, l'ordre des questions a évolué selon les propos des interlocuteurs afin de maintenir une dynamique dans la discussion. La technique de la reformulation a été utilisée pour approfondir certains points et confirmer les opinions et réponses des interrogés.

❖ Restitution des résultats

La durée moyenne de chaque entretien semi-directif est de 1h30. Une retranscription a été effectuée pour chacun des entretiens. Celles-ci ont été envoyées aux interviewés respectifs. Les résultats des entretiens seront analysés selon les thématiques abordées.

Chapitre 2. Résultats

A. Enquête

L'analyse de cette enquête est décomposée en deux parties : d'abord, une analyse du pôle soignants et puis une analyse du pôle support. En effet, il a été jugé intéressant de confronter les visions des deux pôles aux rôles et formations bien distinctes. L'un indispensable à la dispensations des soins et l'autre au bon fonctionnement de la structure. Les résultats de l'analyse globale sont présentés en Annexe 2.

1. Analyse des résultats : pôle soignants

Les mots utilisés par les soignants pour évoquer la psychose sont :

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| ❖ Psy | ❖ Méconnaissance |
| ❖ Equilibre mental | ❖ Changement d'humeur |
| ❖ Psychiatrie (3) | ❖ Trouble mental (2) |
| ❖ Schizophrénie (2) | ❖ Trouble du comportement |
| ❖ Maladie (3) | ❖ Démence (2) |
| ❖ Inconscient | ❖ Délire |
| ❖ Paranoïa | ❖ Peur |
| ❖ Névrose | ❖ Trouble |

Ainsi, pour la grande majorité des répondants le mot psychose évoque une maladie, le domaine de la psychiatrie ou encore des symptômes (troubles, changement d'humeur).

Ils sont ensuite deux répondants à ne pas associer la psychose et pathologie. En effet, ils ont fait le choix d'exposer un ressenti. L'un d'entre eux exprime une émotion, celle de la peur tandis qu'un autre expose une difficulté rencontrée la « méconnaissance ».

La perception du résident psychotique est très diversifiée au sein du pôle soignants. En choix n°1, trois propositions parmi les sept ont été davantage préférées pour définir les résidents psychotiques :

- Ils peuvent perturber les autres résidents et le bon fonctionnement du service,
- Ils peuvent être agressifs et violents,
- Ils nécessitent beaucoup de temps et d'attention.

Seul 1 des professionnels a porté son choix n°1 sur « *ils ne posent pas plus de problèmes que les autres résidents porteurs de troubles cognitifs* ».

Entre professionnels soignants, les avis concernant l'entrée en EHPAD des patients psychotiques divergent de manière assez importante. En effet 39,1% des salariés sont réticents à leur entrée en EHPAD contre 52,2% non réticents.

Pour la grande majorité, les EHPAD sont des structures qui ne sont « plutôt pas adaptés ». Plusieurs facteurs ont été évoqués : le personnel, les animations, la cohabitation, les partenariats et la sécurité.

- **Personnel** : Certains professionnels relèvent un manque de personnel en terme d'effectif et l'absence de formation pour assurer un encadrement adéquat. Pour l'un d'entre eux « *La méconnaissance de la maladie entraîne une méconnaissance de l'approche de la prise en charge* ».
- **Animation** : Des salariés trouvent que les EHPAD manquent d'activités et d'animations adaptées aux troubles des résidents psychotiques.
- **Cohabitation** : Trois motifs ont été exposés.
 - L'existence de relations difficiles entre les résidents vieillissants et les résidents psychotiques.
 - La présence d'un sentiment de « mal à l'aise » des résidents dit « *classiques* » à l'égard de ce public.
 - Le fait que « l'EHPAD doit rester un lieu de vie paisible ... impossible avec l'accueil de personnes avec des troubles psychotiques aux changements d'humeur assez réguliers ».

Les difficultés de cohabitation entre les résidents psychotiques et les «autres» résidents ont été confirmées par 69,57% des soignants.

- **Partenariats** : L'un des professionnels expose un « problème » de partenariat entre les EHPAD, les établissements de psychiatrie et les urgences.

- **Sécurité** : Pour plusieurs des répondants, les patients psychotiques devraient être dans une unité fermée pour assurer leur propre sécurité.

Trois soignants pensent que ce type d'institution est « tout à fait adapté » ou « plutôt adapté ». Les commentaires font apparaître que l'association des pathologies ne pose aucun problème.

La grande majorité des répondants se disent non préparés et non formés pour proposer un accompagnement adapté aux besoins de ce public. Une méconnaissance pouvant entraîner des répercussions à la fois pour les résidents et les soignants. En effet, 47,8% d'entre eux se sentent « démuni » et ressentent un sentiment de peur, de crainte en présence de ces résidents.

78,3% des professionnels ont déjà rencontré des difficultés pour prendre en charge un résident psychotique.

Voici en ordre décroissant la nature des difficultés rencontrées :

- l'opposition (61,1%),
- l'agressivité (56,6%),
- l'agitation (50%).

Certains membres du personnel soignant tiennent à souligner des conduites à risques difficile à gérer telles que des tentatives de défenestration, le risque suicidaire n'étant pas à négliger pour ce public.

Moins de la moitié des répondants confirment que la continuité des soins n'est pas assurée entre le secteur de la psychiatrie et leur établissement. Comme l'indique l'un des soignants, les rendez-vous externes sont assez long. De plus, « *il faudrait l'intervention en EHPAD d'un psy et pas que d'une IDE psy.* »

Ils semblent soulever un problème de coordination entre les équipes psychiatriques du secteur et les établissements médico-sociaux. En effet, 87% du pôle soignants estime manquer de soutien de la part des équipes psychiatriques pour la prise en charge des résidents psychotiques.

91,3% des soignants n'ont pas connaissance des missions des équipes mobiles de psychogériatrie qui interviennent en EHPAD pour ce public.

Pour 34,8% des soignants, la création d'unités de vie spécifiques et adaptées, à l'instar des unités de vie protégées pour la maladie d'Alzheimer, pourrait être un mode d'accompagnement « tout à fait adapté » pour les sujets psychotiques vieillissants. Les répondants pensent que la création d'une telle unité permettrait :

- D'avoir une prise en charge « *individuelle* » dans un « *meilleur environnement* »,
- De favoriser la réalisation d'un projet de formation pour intervenir au mieux dans leur travail,
- De favoriser l'adaptation des patients dans leur nouveau lieu de vie,
- De développer des activités adaptées à leur pathologie.

D'après 43,5% des interrogés, la création d'une unité fermée serait « plutôt adaptée ». Ainsi, ce déploiement d'unité leur permettrait d'avoir plus de temps à leur consacrer pour un meilleur encadrement.

Ils sont seulement quatre soignants à penser que la conception d'une Unité d'Hébergement Renforcée ne serait plutôt pas adaptée. Les raisons sont divergentes.

Pour l'un des répondants, les UVA existantes constituent déjà une réponse à l'accueil des patients psychotiques âgés. Tandis qu'un autre professionnel craint que la création d'une unité fermée 24h/24h puisse entraîner l'isolement du résident et renforcer sa maladie.

Pour la grande majorité, l'unité de vie spécifique et adaptée aux sujets âgés psychotiques semble être la meilleure alternative parmi les dispositifs existants proposés.

Voici le classement de la meilleure alternative :

1. Unité de vie spécifique et adaptée aux sujets âgés psychotiques.
2. Intervention d'une équipe mobile de psychogériatrie.
3. CATTP centre d'accueil thérapeutique à temps partiel : prise en charge de quelques heures par jours, quelques jours par semaine.
4. Télémédecine / Télépsychiatrie.

D'autres remarques ou suggestions ont été apportées par l'équipe soignante. Ils suggèrent des améliorations :

- ❖ « *Avoir une vacation de psychiatre dans l'EHPAD* »
- ❖ « *Réaliser des formations débouchant sur DU ou diplôme reconnaissant la spécialité pour les personnes âgées psychotiques (exemple : AS, ASG, IDE psy).* »

2. Analyse des résultats : pôle support

Vous trouverez ci-dessous la liste non exhaustive des mots spontanément proposés par les professionnels pour évoquer la psychose :

- ❖ Maladie (2) ;
- ❖ Affection mentale ;
- ❖ Psychiatrie ;
- ❖ Handicap ;
- ❖ Danger ;
- ❖ Délire ;
- ❖ Démence (2) ;

Grâce à cette première question relative à la psychose on s'aperçoit que son évocation diffère selon les répondants. La grande majorité fait allusion à des termes pour la définir. Pour l'un d'entre eux, la psychose constitue une menace pour quelqu'un, le danger.

Dans cette structure, la perception du patient psychotique est très diversifiée pour les salariés. Cependant, selon le classement effectué, il apparait pour une grande majorité que les psychotiques âgés :

- Peuvent perturber les autres résidents et le bon fonctionnement du service,
- Nécessitent beaucoup de temps et d'attention,
- Peuvent être agressifs et violents.

L'un des membres a souligné et classé en 4^{ème} position le fait qu'ils « *demandent un temps d'échange régulier avec l'équipe pluridisciplinaire* ».

Force est de constater que les représentations sociales négatives concernant la psychiatrie sont persistantes.

Plus de la moitié des répondants sont en faveur de l'entrée en EHPAD d'un patient psychotique. Et pourtant, à la question « Selon vous, un EHPAD est-il un lieu de vie adapté aux patients psychotiques » 66,6% des membre du pôle support expriment le fait que ces institutions ne soient pas adaptées à leur accueil.

Les commentaires font apparaître des raisons différentes :

- Un personnel non qualifié,
- Un accompagnement non ciblé,
- Un suivi inadéquat du fait d'un personnel non volontaire et non formé.

Comme l'indique l'un des répondant, « *tout dépendra des moyens mis à disposition des EHPAD : formations des professionnels, suivi médical et architecture des locaux.* »

Les difficultés de cohabitation entre les résidents psychotiques et les autres résidents (Alzheimer,...) ont été confirmées par 55,6% du personnel.

A l'exception d'un répondant, l'ensemble des professionnels du pôle support disent ne pas être suffisamment préparés et formés pour proposer un accompagnement adapté aux besoin des personnes âgées psychotiques.

Lors de l'exercice de leurs fonctions, 66,7% répondent avoir certaines peurs, et certaines craintes, lorsqu'ils sont en présence de ce public. Il apparait que ce qui fait le plus peur aux salariés est la violence physique. Sont également cités, la violence verbale 50%, la méconnaissance des pathologies 33,3%, l'absence de soutien du personnel lors de situation de crise et enfin la gestion du moment de crise.

De plus, parmi les 9 qui ont répondu 3 ont déclaré se sentir démuni.

La forte majorité des réponses positives (6 oui, 3 ne sait pas) témoigne que des difficultés sont rencontrées lors de la prise en charge quotidienne des résidents psychotiques en EHPAD.

Voici en ordre décroissant la nature des difficultés rencontrées :

- Agitation à 83,3%,
- Opposition à 50%,
- Agressivité à 50%.

L'un des répondants évoque le fait que les trois difficultés peuvent être réunies.

Sur la base de ces observations, on peut constater que les professionnels sont conscients de leurs limites. Cependant, cette méconnaissance de la maladie met à la fois en danger les résidents et les salariés.

Pour 55,6% la continuité des soins n'est pas assurée entre le secteur de la psychiatrie et leur établissement. Ils estiment également à 55,6% manquer de soutien de la part des équipes psychiatriques.

Aucun membre du pôle support ne connaît les missions des équipes mobiles de psychogériatrie intervenant en EHPAD pour ce public. Par conséquent, les répondants semblent soulever un manque de visibilité et de retour d'expérience des interventions des équipes mobiles extra-hospitalières.

77,8% des répondants pensent que la création d'unités de vie spécifiques et adaptées aux sujets âgés psychotiques, à l'instar des unités de vie protégées pour la maladie d'Alzheimer, pourrait être un mode d'accompagnement « tout à fait adapté » ou « plutôt adapté ». Les commentaires font apparaître que les besoins des sujets psychotiques ne sont pas les mêmes que les autres résidents. L'un d'eux mentionne le fait que cette unité sera réalisable seulement si « *des moyens humains et financiers sont proposés ainsi que du personnel qualifié pour apporter un accompagnement approprié dans un milieu protégé pour les résidents.* » A contrario, l'un des membres du pôle support trouve ce dispositif « plutôt pas adapté ».

La forte majorité de réponse : « ne sait pas », 6 au total, à la question « N'avez-vous pas peur qu'un tel dispositif puisse entraîner un isolement des résidents ? » semble être le reflet d'un souci du réalisme et d'une méconnaissance des pathologies.

Grâce à la question relative aux dispositifs existants, on apprend que pour les répondants, la meilleure alternative serait la prise en charge des psychotiques âgés quelques heures par jour, quelques jours par semaine par un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

Voici en ordre décroissant le classement des alternatives existantes à l'accompagnement des psychotiques âgés en EHPAD par les membres du pôle support :

1. CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel : prise en charge de quelques heures par jour, quelques jours par semaine.
2. Intervention d'une équipe mobile psychogériatrique.
3. Unité de vie spécifique et adaptée aux sujets âgés psychotiques.
4. Télémédecine / Télépsychiatrie.

D'autres remarques, suggestions ont été apportées :

- ❖ Pour un accompagnement sécurisant et épanouissant, un employé suggère d'engager « *du personnel avec de l'expérience dans la psychiatrie afin de répondre aux besoins des résidents, sans mettre en difficulté le personnel non spécialisé présent en EHPAD actuellement.* »
- ❖ Pour une orientation réussie, l'un des répondant marque la « *nécessité de prendre en considération chaque personne psychotique, en fonction de sa psychose et de l'évolution de celle-ci.* »

3. Conclusion enquête

L'analyse par fonction, permet de mettre en évidence des similitudes et des divergences entre le pôle support et le pôle soignants. Sur une grande majorité des points abordés, les deux pôles expriment des avis et des remarques qui convergent.

Avis convergents :

- Une grande majorité de soignants et de salariés du pôle support ne sont pas réticents à l'entrée en EHPAD d'un patient psychotique ;
- Pôle support et pôle soignants sont d'accord pour dire que les EHPAD ne sont pas adaptés pour accueillir des patients psychotiques ;
- L'existence de difficultés de cohabitation entre les résidents psychotiques et les autres résidents a aussi bien été confirmée par le pôle support que par le pôle soignants ;
- La quasi-totalité des salariés expriment un manque de préparation et de formation pour proposer un accompagnement adapté aux besoins de ce public ;
- Un sentiment de peur et de crainte est exprimé en présence de ces résidents.
- La plupart des professionnels relatent de par leurs expériences professionnelles des difficultés dans la prise charge d'un résident psychotique ;
- La continuité des soins n'est pas assurée entre le secteur de psychiatrie et leur établissement ;
- Les deux pôles jugent manquer de soutien de la part des équipes psychiatriques pour la prise en charge des résidents psychotiques ;
- La méconnaissance des missions des équipes mobiles de psychogériatrie est évoquée par la majorité des salariés ;

- La grande majorité pense que la création d'une unité spécifique et adaptée pourrait être, «oui, tout à fait adapté » ou « oui, plutôt adapté » pour les sujets âgés psychotiques.

Avis divergents :

- Les soignants se sentent moins « démunis » que les professionnels du pôle support au contact des résidents psychotiques ;
- La nature des difficultés rencontrées n'est pas la même ;
- Pour les soignants, le meilleur dispositif est l'unité de vie spécifique adaptée aux sujets âgés psychotiques. Alors que pour les membres du pôle support il s'agit d'une prise en charge de quelques heures par jour, quelques jours par semaine dans un CATTP.

B. Entretiens Semi-directifs

Cette partie reflète les résultats des différents entretiens réalisés auprès des professionnels du secteur sanitaire et médico-social. Pour analyser les données, j'ai choisi d'utiliser la méthode d'analyse par thématique. Cela permet de croiser les propos et les points de vue recueillis lors des différents entretiens.

❖ L'accueil / L'admission des psychotiques âgés

Selon Monsieur Alain BOITRELLE, « *la psychose n'augmente pas forcément avec l'âge, les troubles psychotiques peuvent même s'atténuer pour certains d'entre eux* ». Les psychiatres interrogés sont d'accord pour dire qu'en général l'âge stabilise les troubles. Néanmoins, selon eux, tous les patients psychotiques âgés ne sont pas en capacité d'intégrer un EHPAD. De plus, leurs origines diversifiées (domicile, hôpital) complexifient le parcours d'entrée.

Un climat de confiance doit être établi entre le secteur de la psychiatrie et les établissements médico-sociaux. Si bien que l'acceptation des équipes et de la direction favorisera la réussite de l'accompagnement des psychotiques âgés.

Les professionnels sont unanimes, la réussite de l'accueil en EHPAD repose sur un travail réalisé en amont. Le dossier médical se doit d'être le plus exhaustif possible. En effet,

L'EHPAD doit disposer d'éléments médicaux suffisants pour donner son avis d'admission. Cependant, ils doivent prendre des précautions. En effet, certains professionnels ont une tendance à sous évaluer volontairement les troubles présentés par le malade pour favoriser son entrée en institution. Pour éviter cela, le médecin coordonnateur ne doit pas hésiter à solliciter les équipes psychiatriques du secteur afin d'obtenir des données complémentaires. En cas de doute sur le volet médical, celui-ci peut se rapprocher d'un psychiatre avec qui il a noué des liens de confiance. Une visite de pré-admission peut être organisée sans engagement de la part des EHPAD pour statuer sur la demande d'entrée.

D'après Monsieur DUPRIEZ, le changement est générateur d'angoisse pour un patient psychotique : « *plus j'en parle, plus j'angoisse* ». Par conséquent, il est nécessaire qu'il soit averti le plus tard possible de son orientation en EHPAD. De même, le laps de temps entre l'annonce de son orientation et sa première visite en EHPAD devra être très rapproché. En effet, le psychotique réagira selon un mécanisme de défense qui est le clivage pour tenter de se protéger. L'angoisse de la séparation et l'anxiété sont des passages obligés lors d'un bouleversement dans leur vie. La réassurance du psychotique se fera par ritualisation.

Pour ce faire, son admission devra se réaliser de façon progressive. Dans un premier temps, il doit y avoir une visite de l'établissement et retour sur ses impressions. Dans un second temps, un membre de l'équipe de secteur est sollicité pour passer une journée avec le psychotique à l'EHPAD, permettant un moment d'échange et l'apport de réponses aux interrogations de l'équipe de la structure, et pour finir une nuit....

A savoir que l'hyper adaptation d'un psychotique ne serait pas logique.

Selon Monsieur HEDOUIN, l'accueil en EHPAD des patients psychotiques âgés est inadapté, voir inexistant. A contrario, lorsqu'il s'agit de personne en situation de handicap, les EHPAD ont réalisé de véritables progrès. En effet, par la création d'UVPHA au sein de leur établissement, un lien avec la structure d'origine tend à être gardé. De plus, un personnel adapté, autre que AMP et AS y est affecté.

1. Limites des EHPAD

❖ Des professionnels en souffrance

Pour les EHPAD, assurer un accompagnement personnalisé est l'une de leur priorité majeure. Afin de répondre aux besoins de chacun des résidents, le personnel doit être formé pour mener une prise en charge de qualité.

Tous les professionnels interrogés sont unanimes, les équipes des structures médico-sociales, tels que les EHPAD, sont en manque de formation pour accompagner les résidents psychiatriques. Les patients psychotiques sont alors « *livrés à la méconnaissance du personnel* ».

A l'inverse des EHPAD, Monsieur Eric LAXENAIRE expose que les cliniques psychiatriques, comme celle qu'il dirige, ne sont pas en capacité d'accueillir des personnes âgées. En effet, ils ne disposent pas d'équipe de nursing permettant d'assurer les soins liés à l'avancée en âge et à la dépendance.

Au quotidien, les professionnels peuvent être mis en difficulté face à certains comportements. L'agressivité physique, verbale, les fugues, la mauvaise tolérance aux frustrations sont des comportements difficiles à gérer que l'on peut retrouver à la fois chez un résident psychotique ou névrotique. Cependant, selon Monsieur Maxime HEDOUIN, l'explication et la prise en soins sera différente. D'après son vécu, « *Il faut accompagner une personne âgée, s'adapter à elle, lui redonner le choix, la capacité de décider. Alors que suivant le type de schizophrénie, il faut mettre « un cadre », et parfois donner des « ordres », c'est plus un accompagnement éducatif.* ». Les techniques d'approche pour ce public ne sont pas les mêmes et pour la plupart des professionnels, elles sont méconnues.

Durant les ESD, il a été témoigné que les professionnels d'EHPAD sont en demande de formation pour améliorer leurs pratiques concernant l'accueil et l'accompagnement des résidents psychiatriques. Pour répondre à leur demande, des formations sur cette thématique peuvent être proposées dans le cadre du plan de formation annuel des EHPAD puisqu'un budget y est alloué. C'est d'ailleurs l'une des formations inscrites au calendrier de l'EHPAD les EPRIAUX pour le dernier trimestre 2018.

Par conséquent, les professionnels d'EHPAD doivent être formés pour :

- Mieux interpréter les signes des patients psychotiques,
- Apprendre à mieux gérer les angoisses / les situations de crise.

Selon les interrogés, une formation théorique mais aussi de terrain à l'aide de cas concrets est nécessaire. Toutefois, l'un des interviewé fait la remarque qu'une formation de 3 jours ne doit pas faire croire aux professionnels qu'ils sont devenus des psychiatres en si peu de temps.

Pour Monsieur François DUPRIEZ, le personnel du secteur de la psychiatrie se doit d'être indulgent car « *La bonne prise en charge d'un résident psychiatrique va être corrélée à la connaissance que le soignant va pouvoir acquérir avec le secteur de psychiatrie.* »

❖ Des difficultés de cohabitation

Selon les constats de Monsieur HEDOUIN, de nos jours, rares sont les EHPAD où l'on ne croise pas de centenaires. Cela s'explique par le fait que les futurs résidents arrivent de plus en plus âgés autour de 80 ans et 90 ans avec un niveau de dépendance élevé. Au contraire, les patients psychotiques « tapent à la porte » dès l'âge de 60 ans.

Ainsi, les résidents psychotiques sont bien plus jeunes que les autres résidents. Un phénomène qui peut être accentué par les demandes de dérogations des personnes âgées de 55 à 60 ans.

Pour les interrogés, cette différence d'âge peut être à l'origine de difficultés de cohabitation. Leur durée de séjour n'est pas comparable aux autres résidents. Si bien que leur accompagnement pourra atteindre 10 à 15 ans contrairement à une moyenne de 2 ans pour les autres résidents. Ainsi, pour maintenir leur autonomie, l'EHPAD devra être en capacité de leur proposer à la fois des activités en intra et en extra institution. Ainsi les besoins, les attentes et par conséquent les projets de vie seront totalement différents et pouvant par la même occasion créer des discordes.

De plus, selon Monsieur BOITRELLE, le comportement psychotique peut être mal toléré par les autres résidents. A l'inverse, la vie en collectivité pour les psychotiques âgés avec des déments peut parfois devenir insoutenable. A titre d'exemple, Monsieur P atteint de schizophrénie, résidant en UVA depuis 3 ans, a récemment fait la demande de retourner

en hébergement classique. Saturé, il considérerait passer ses journées avec des résidents plus malade que lui. De plus, il n'acceptait plus les allers et venues intempestifs des résidents désorientés dans sa chambre.

Cependant les difficultés de cohabitation ne sont pas une fatalité. La mixité entre certains types de schizophrène et un dément peut très bien se passer, tout comme mélanger un schizophrène et des personnes âgées. Ils peuvent même être des éléments moteurs à la vie en collectivité. Cependant, certains couples ne seront pas envisageables, mais il s'agit de cas par cas.

Pour finir, le docteur BOITRELLE fait une mise en garde quant à la proportion de psychotiques que peuvent accueillir les EHPAD. En effet, selon lui, intégrer plus de 1/3 de psychotiques sur la population totale d'une structure deviendrait difficile à gérer. De plus, cela pourrait renvoyer aux autres des comportements particuliers.

2. L'interdisciplinarité au coeur de la prise en charge

❖ Collaboration avec le sanitaire

Le décroisement du secteur de la psychiatrie vers le médico-social nécessite des moyens pour répondre aux sollicitations des EHPAD. Cependant, les interrogés dressent un constat alarmiste pour le secteur de la psychiatrie. Celui-ci souffre d'un manque de moyens, d'un manque de professionnels et n'échappe pas aux déserts médicaux. Alors que l'augmentation de l'espérance de vie contribue à une augmentation de la demande de la part des EHPAD, le déploiement des moyens semble encore insuffisant.

Le passage d'une infirmière du CMP de secteur, une surveillance psychique via le CMP ou encore un accompagnement thérapeutique au travers des CATTP sont les alternatives citées par les différents interrogés pour établir une coordination des soins. Ainsi, pour eux, les conditions de succès de l'intégration des psychotiques en EHPAD reposent sur les moyens mis en oeuvre en amont entre les deux secteurs pour assurer la continuité des soins du résident.

Cependant, leurs avis divergent concernant l'implication du CATTP dans « le projet de vie » du résident psychotique. Pour Monsieur BOITRELLE, le CATTP peut être une solution s'il y a une proximité entre les établissements. Cependant, « il faut que leur

participation en vaille la peine », soit pour maintenir leur état, soit pour augmenter leur temps d'activité. De plus, il voit le CATTP comme un lieu pouvant procurer un sentiment d'ailleurs pour ce public. A titre d'exemple Monsieur HEDOUIN évoque le fait que Madame X fait de la chorale et Monsieur P du théâtre à cadence d'une après-midi par semaine au CATTP du secteur.

Monsieur DUPRIEZ nous rappelle que c'est au cours d'une consultation avec l'un des psychiatres du CMP que les séances aux CATTP sont prescrites. A l'inverse, selon lui les psychotiques vieillissants n'y ont pas leur place puisqu'il s'agit d'un outil de réhabilitation psychosociale ayant pour but de développer l'autonomie.

Le manque de partenariat entre les deux secteurs a été soulevé. De plus, lorsqu'ils sont existants, certains s'essouffent contribuant à des interventions de plus en plus espacées. Pour les EHPAD du groupe hospitalier du CHAM, le détachement 1 fois par semaine d'un psychiatre et d'une demi-journée pour l'équipe mobile de précarité de la psychiatrie en EHPAD a permis la baisse du taux d'hospitalisation. Cependant, le manque de moyen humain ne permet pas au psychiatre et à l'équipe de précarité de se déplacer dans les établissements autres que ceux appartenant au groupement hospitalier.

Toutefois, un numéro de liaison, actif de 9h30 à 17h, pour le secteur du Montreuillois, est mis en place permettant d'avoir un interlocuteur privilégié lors d'une situation de crise.

❖ La sectorisation

De nos jours, la sectorisation psychiatrique structure l'organisation de soins. Par conséquent, il n'est pas rare pour un psychotique âgé que son suivi thérapeutique soit assuré par le même médecin psychiatre. Cependant, pour les futurs résidents, la sectorisation semble être une problématique. En effet, dès lors que les personnes âgées sont « placées » en EHPAD, la chambre devient le lieu de domiciliation. Ainsi, lorsqu'il est admis en institution, située en dehors de son secteur, les professionnels qui assuraient le suivi thérapeutique ne peuvent plus intervenir. Par conséquent, le changement de domiciliation implique une prise en charge par un médecin psychiatre, affilié au nouveau secteur, ce qui peut contribuer au risque de rupture de soins.

De plus, ce phénomène peut être accentué par certaines pratiques de « collègues ». En effet, des professionnels profitent de la sectorisation pour orienter des patients en EHPAD

en dehors de leur secteur. Dès lors, une fois admis, le suivi thérapeutique s'arrête, laissant les professionnels des EHPAD en difficulté avec peu de connaissances sur le résident et parfois un dossier médical mensonger.

3. Perspectives d'évolution

❖ Unité de vie psychotique adaptée

Les réponses des professionnels concernant la création d'unités de vie spécifiques et adaptées aux sujet âgés psychotiques sont divergentes.

Pour certains, leur développement à l'instar des unités de vie protégées pour la maladie d'Alzheimer ne semble pas une solution adaptée. En effet, de par son expérience professionnelle, l'un des psychiatres rencontré a affirmé être contre le regroupement des pathologies. Il exprime le fait que mettre « des psychotiques ensemble, c'est psychotisant ». Cependant, la création d'une unité pour des patients psychiatriques âgés qui ont vieilli pourrait être une alternative puisque les pathologies rencontrées y seraient plus diverses. Quant au gérontopsychologue, il trouve que les représentations négatives et les préjugés sont encore trop présents dans les pratiques. Il n'est pas convaincu par le concept car selon lui « *il faut être ouvert d'esprit, et intégrer plus d'éthique.* »

Pour Monsieur LAXENAIRE, ex-directeur d'EHPAD, la création d'une unité de vie spécialisée au sein d'un EHPAD serait bénéfique. Il y voit l'opportunité d'avoir du personnel formé et compétent pour répondre aux besoins de ce public. En réponse à un appel à projet de l'ARS la création d'une telle unité serait réglementée par un cahier des charges.

4. Conclusion ESD

Au cours des ESD, j'ai pu percevoir que l'EHPAD est considéré comme ayant une fonction protectrice. En effet, il permet aux psychotiques âgés d'être protégés financièrement et d'être nourrit et blanchit. Autre atout à l'institutionnalisation, le suivi et l'observance du traitement, mieux qu'à domicile. Ainsi, le psychotique âgé y a toute sa place.

Après discussion, on constate que certains EHPAD sont mieux accompagnés que d'autres en terme de continuité des soins. Cette disparité s'explique par un manque de moyens financier et humains ne permettant pas de répondre favorablement à toutes les demandes d'établissements. Cependant, lorsqu'un suivi est effectué par le secteur sanitaire, la

prise en charge et l'inclusion de cette population est davantage comprise et acceptée. De plus une diminution des ré-hospitalisations est constatée.

Chapitre 3. Mises en perspectives personnelles afin d'assurer un devenir en EHPAD des psychotiques âgés

Suite à l'analyse de l'enquête et des entretiens semi-directifs, deux constats sont ressortis. D'une part, les EHPAD ne disposent pas d'accueil spécifique pour les psychotiques âgés et d'autre part leur devenir au sein de ces institutions semble être compromis aux vues des difficultés rencontrées.

La dernière partie de ce mémoire, proposera donc des réflexions ainsi que des pistes d'action suite aux différents constats réalisés par le biais des deux outils (ESD et enquête) et de la bibliographie littéraire.

A. Pistes de réflexion

1. L'enjeu de la reconnaissance du handicap psychique

L'avancée en âge peut se traduire par une stabilisation des troubles psychiques avec les traitements mais ils ne guérissent pas. En vieillissant, la difficulté d'insertion sociale et professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques persiste. Il est difficile pour eux, de par la nature de leurs pathologies, de trouver une place dans la société. De plus, leurs troubles poussent à un isolement fréquent. En France depuis 2005, le handicap psychique acquiert pleinement sa reconnaissance. Cependant, toutes les personnes ayant un trouble psychique ne sont pas forcément reconnues en situation d'handicap psychique.

Cependant, la reconnaissance d'un handicap psychique permettrait pour ces personnes âgées psychotiques d'avoir un accompagnement spécifique et dans la durée. Par conséquent, ils pourraient acquérir le statut de « personnes handicapées vieillissantes ». Ainsi, leur prise en charge sera plus appropriée grâce à une autre logique d'établissement qui pourra leur être proposée.

A ce titre, ils seraient admis dans des Unités de Vie pour Personnes Handicapées Agées (UVPHA) au sein des EHPAD. Le cahier des charges de ces unités, publié par l'ARS, demande de mettre en exergue du personnel du champ du handicap et des collaborations avec le monde du handicap et le secteur de la psychiatrie. Ainsi, les UVPHA répondraient aux besoins spécifiques des psychotiques vieillissants, grâce à des professionnels dédiés proposant des activités adaptées et un accompagnement personnalisé. En Haut de France, la taille de ces unités varie entre 12 et 14 places.

En dehors des EHPAD, ce statut permet d'autres orientations :

- Pour les autonomes, à partir de 55 ans une orientation en EHPA-H. Il s'agit d'une structure non médicalisée accueillant les personnes handicapées âgées ou travailleurs handicapés retraités.
- Les Unités de Vie pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UVPHV) en foyer de vie ou en foyer d'accueil médicalisé dès l'âge de 45 ans.

2. Détachement d'un médecin psychiatre

L'une des problématiques des EHPAD repose sur le fait qu'ils ne puissent pas trouver un soutien nécessaire pour assurer l'accompagnement du résident psychotique. L'une des solutions serait d'avoir un temps de présence régulier d'un médecin psychiatre pour répondre à l'impuissance des équipes. Pour les EHPAD, le détachement d'un médecin psychiatre permettrait un soutien régulier pour la gestion des situations de « crise » et le cas échéant pour l'ajustement du traitement thérapeutique. En plus des consultations psychiatriques, le temps imparti pourrait aussi être utilisé pour participer à la vie institutionnelle de l'EHPAD. Par exemple, il pourrait être intéressant que le médecin psychiatre puisse participer aux commissions d'admission lorsqu'un doute plane sur un dossier. Mais encore, l'un des intérêts pour la structure serait que le médecin psychiatre veuille participer à l'écriture du projet de vie. En effet, sa connaissance favoriserait l'adéquation du projet de vie avec les besoins et les attentes du résident. De plus, lors de l'enquête et des Entretiens Semi-Directifs, il a été constaté que les professionnels des EHPAD étaient en souffrance, démunis face à ce type de prise en charge. Par conséquent, l'intervention régulière d'un médecin psychiatre pourrait, s'il possède des compétences pédagogiques, contribuer à la sensibilisation et à la formation des équipes pluridisciplinaires. Il me semble que la mise en application de cas concrets servirait à acquérir de bonnes approches et des réflexes face à ce public. Ainsi, la connaissance des

pathologies permettrait peut-être l'acceptation de ces résidents et réduirait les représentations sociales stigmatisantes.

Trois solutions semblent envisageables, cependant elles engendrent des coûts budgétaires importants pour les EHPAD.

- De part leur statut, les Praticiens Hospitaliers (PH) peuvent réaliser et consacrer à raison de deux demi-journées par semaine des activités intérieures ou extérieures à leur établissement. Cependant celles-ci doivent avoir un caractère d'intérêt général. Ainsi, dans le cas de la mission d'intérêt général, le PH peut dédier ces deux demi-journées à un EHPAD. Sa rémunération est déterminée par une convention avec l'EHPAD. Il s'agit d'une solution ayant été mise en place entre l'EPSM de St Venant et l'EHPAD d'ISBERGUES à hauteur d'une fois par semaine.
- La mise à disposition par un Centre Hospitalier d'un PH. Le temps passé est rémunéré par l'établissement d'accueil à l'établissement d'origine (convention inter-établissements).
- Faire appel à des psychiatres libéraux. Néanmoins, ils sont peu intéressés car trop peu rémunérés.

B. Pistes d'action

Pour les salariés, les conditions de travail sont vécues comme difficiles. Les craintes et les revendications des professionnels prouvent que des actions concrètes doivent être mises en place.

1. Assurer une politique managériale de soutien des professionnels

❖ Rendre une formation théorique obligatoire

Selon le Plan Santé Mentale 2005 « *L'organisation d'une psychiatrie spécifique du sujet âgé doit être davantage identifiée, coordonnée et développée dans ses modalités d'intervention et de formation de professionnels.* » Cependant, à la question « Estimez-vous être suffisamment préparé et formé pour proposer un accompagnement adapté aux besoins de ce public ? », les réponses convergent pour « non » .

Il faudrait donc rendre une formation obligatoire à destination de chaque employé d'EHPAD, quelque soit le niveau d'intervention auprès des résidents psychotiques. Celle-ci aurait pour thématique « la psychiatrie des personnes âgées. » Elle permettrait d'avoir

une meilleure connaissance des pathologies afin de mieux appréhender les modalités de prise en charge et diminuer leurs appréhensions. Il s'agirait donc d'une solution en réponse aux difficultés exprimées lors de l'enquête.

❖ **Proposer au Médecin coordonnateur un Diplôme Universitaire**

Il faudrait que le médecin coordonnateur réalise un Diplôme Universitaire (DU) de Psychiatrie du sujet âgé afin de disposer de connaissances actualisées et d'indications de bonnes pratiques. Ainsi, il pourrait être à l'initiative de formations internes.

❖ **Favoriser les formations informelles**

Il est important de promouvoir les échanges d'expériences et la diffusion des bonnes pratiques. Des temps de formations informelles devraient être proposés par les équipes de liaison de secteur lors de leur intervention en EHPAD. Cependant, la cadence d'une fois par mois de l'infirmière de secteur ne permet pas ces échanges. Ainsi, je propose à un rythme trimestriel des échanges inter-établissements avec l'équipe de secteur et/ou l'équipe mobile psychogériatrique. Cela permettant de consolider les liens établis et un partage d'expérience.

❖ **Rendre un stage obligatoire en psychiatrie pour les AS et les IDE**

Ces patients sont encore trop souvent délaissés et stigmatisés. Afin de diminuer les représentations sociales négatives et les préjugés, il serait nécessaire que les futurs aide-soignants et infirmières réalisent parmi les 6 stages obligatoires, l'un d'eux dans le milieu de la psychiatrie. Soit un équivalent de 840 heures. De plus, cela permettrait d'acquérir des approches thérapeutiques spécifiques.

2. Oeuvrer à une coopération autour de la personne âgée psychotique vieillissante

❖ **Communiquer autour des dispositifs existants**

Le soutien des dispositifs sanitaires semble indispensable pour assurer le maintien et la sécurité des résidents psychotiques. Cependant, l'enquête relève que la quasi-totalité des professionnels ne connaissent pas les missions des équipes mobiles de psychogériatrie. Par conséquent, ces équipes mobiles ne semblent pas être identifiées. Il faudrait donc augmenter la visibilité de ces équipes mobiles extra-hospitalières et par conséquent en

faire la promotion. De plus, il serait intéressant de présenter aux professionnels les autres dispositifs ambulatoires existants, leurs objectifs et leurs missions. En outre, chaque EHPAD ainsi que ses professionnels devraient avoir connaissance des différents moyens présents sur leur secteur pour organiser une prise en charge de qualité de ces résidents. Pour finir, cette action permettra aux EHPAD de s'adresser aux bons interlocuteurs.

❖ **Développer et formaliser des relations privilégiées avec des acteurs externes**

Une fois les interlocuteurs sanitaires identifiés, il est important de formaliser des partenariats. Ils permettent de pérenniser et garantir un suivi constant des résidents psychiatriques. Au-delà de leur mise en place, les modalités d'intervention doivent être coordonnées. Il est jugé important de construire au fil du temps une relation basée sur la confiance. Cependant la disponibilité des équipes peut amener à un essoufflement des pratiques. Afin de pérenniser et organiser les modalités d'intervention, des rencontres régulières doivent être programmées. Elles permettront de faire un état de lieu, de définir les différents obstacles et enfin de proposer des axes d'amélioration à la collaboration.

3. Développer les outils de la démarche qualité

❖ **Projet de vie**

Les EHPAD disposent d'outils spécifiques, l'un d'eux est le projet de vie personnalisé. Il s'agit d'un projet tourné vers l'avenir établi par le biais d'une démarche co-constructive entre l'équipe de l'EHPAD et la personne accueillie. Celui-ci est composé de deux volets : une partie sur les habitudes de vie et une partie soins. Il a pour but d'établir des objectifs individuels. Cet outil devrait être davantage exploité par l'établissement pour assurer la réussite d'un accompagnement.

Il faudrait que les équipes de secteur de la psychiatrie participent à la co-construction de ce document. Davantage, s'il s'agit de praticiens ayant suivi le patient de longue date. La recherche d'exhaustivité du recueil de vie pourra se faire par les interactions entre les équipes. En effet, la ritualisation de la vie quotidienne tient une place importante dans l'équilibre de ces résidents. Leur professionnalisme, leurs compétences et le fait qu'ils aient une connaissance du résident sont des atouts précieux qui constitueront une plus-value pour la réalisation du PPI.

De plus, en interne, il serait positif que le soignant référent soit toujours la même personne et que celle-ci dispose d'une formation. Elle se doit d'être un repère pour le nouveau résident et sa famille. La prise en charge d'un résident psychotique vieillissant peut perdurer dans le temps. C'est pourquoi, il faudra attacher une importance à ce que le projet de vie soit dynamique, vivant et le réévaluer dès que nécessaire.

❖ **Elaborer des protocoles**

Une autre solution consiste à définir un protocole de soins : « de la conduite à tenir en cas de décompensation psychotique ». Bien que chaque psychotique vieillissant puisse réagir de façon distincte, celui-ci permettra de mieux réagir lors de l'instant T. L'objectif est de réduire le nombre de ré-hospitalisation en psychiatrie. Il serait positif que celui-ci soit co-écrit avec les partenaires du secteur sanitaire (EPSM/ clinique psychiatrique) et l'équipe de l'EHPAD.

4. Imaginer des lieux de vie adaptés

L'admission en EHPAD des psychotiques âgés devrait augmenter dans les prochaines années. Leur prise en charge difficile à assumer par les professionnels et les autres résidents nécessite la mise en place de lieux de vie adaptés.

Ainsi, les perspectives d'évolution seraient :

- ❖ De développer une pièce de vie uniquement dédiée aux psychotiques âgés. Ainsi, ils auraient un repère au sein de ces grandes structures. Cette pièce pourrait également servir de « refuge » lors des tensions avec les autres résidents.
- ❖ De développer des unités de vie psychiatriques et non des unités de vie psychotiques. Elles offriraient une prise en charge spécifique avec des moyens humains supplémentaires issues de la psychiatrie et de la gériatrie. Le développement de telles unités favoriserait la qualité de prise en charge et la sécurité de l'ensemble des résidents. Puis, elles amélioreraient les conditions de travail des salariés. Pour finir, ces lieux de vie privilégieraient une prise en charge non médicamenteuse (bains thérapeutiques...).
- ❖ Une autre perspective serait d'imaginer la création d'EHPAD strictement destinés aux personnes âgées psychiatriques.

Une autre perspective d'amélioration serait de mettre en place des unités de « déchronicisation » pour faciliter l'orientation et l'intégration en EHPAD.

Conclusion intermédiaire

La diversité du public accueilli en EHPAD : personnes en fin de vie, personnes poly-pathologiques, déments, patients handicapés et sujets psychotiques impliquent des prises en charge différentes et spécifiques. Pour ce faire, les professionnels doivent ajuster leurs pratiques afin de proposer une réponse adaptée.

Cependant, les représentations sociales négatives, voire la stigmatisation des troubles mentaux continuent de persister au sein de ces établissements. Il s'agit de préjugés pouvant contribuer à un accompagnement difficile de ces résidents. Le sentiment de peur enduré par le personnel ne permet pas la création d'une relation de confiance avec le résident psychotique. Ce ressenti peut impliquer une diminution de la qualité des soins délivrés à ces personnes. De plus, le manque de formation et la méconnaissance de la pathologie peuvent entraîner et favoriser des comportements négatifs des sujets âgés psychotiques. Outre un personnel inexpérimenté, d'autres difficultés compromettent l'accueil de ces individus. Il peut s'agir de difficultés de cohabitation, de la souffrance du personnel, du manque de soutien de l'équipe de secteur ou bien du ratio actuel de personnel en structure.

La réussite de la prise en charge de la personne âgée psychotique en EHPAD repose sur l'amélioration de l'articulation entre les secteurs psychiatrique et médico-social. La mise en place d'un réseau est indispensable pour assurer une prise en charge de qualité. Cette collaboration est prise en compte dans les textes législatifs et les plans nationaux (PPSM). Cependant, sur le terrain les disparités sont réelles. Les partenariats avec les secteurs sont encore trop fragiles et les alternatives méconnues.

Dans le dernier chapitre, des perspectives d'amélioration sont proposées pour favoriser la prise en charge des psychotiques vieillissants en EHPAD. Cependant, certaines propositions seront envisageables uniquement s'il y a un effort budgétaire de la part de l'ARS. En effet, la création d'unité dépend d'appel à projet. Bien qu'il s'agisse de l'avenir de la prise en charge des psychotiques, l'avenir de l'EHPAD de demain est aussi en jeu.

CONCLUSION

Ce mémoire de fin d'étude avait pour objectif de réfléchir et de répondre à la question : « Entre mythe et réalité, quel est le devenir des psychotiques vieillissants en EHPAD ? »

Le vieillissement de la population engendre de nouveaux besoins. Il s'agit d'un défi majeur pour les années à venir avec l'avancée en âge des générations du baby-boom. Liée à l'amélioration de la qualité de vie et des soins, l'augmentation de l'espérance de vie contribue à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies psychiatriques.

Deux types de population se distinguent :

- Les troubles psychiatriques apparus lors de l'enfance ou l'âge adulte et qui évoluent avec l'avancé en âge. Il s'agit de psychoses vieilles ou psychotiques vieillissants .
- L'apparition de troubles psychiatriques chez des individus jusque-là sans aucun antécédent : il s'agit de psychose à survenue tardive.

Même si les données épidémiologiques sont quasi-inexistantes concernant les psychotiques vieillissants, ils constituent une population de plus en plus importante. Cependant, ils sont les « laissés pour compte » de notre système de santé. La diminution du nombre de lits et la desinstitutionnalisation fait qu'« à l'âge de 60 ans, ils tapent à la porte des EHPAD et partent pour un accompagnement de 15 à 20 ans.⁶⁷ »

Bien qu'il s'agisse pour le psychotique vieillissant d'une opportunité, leur inclusion se heurte à des limites dans la réalité. Du personnel en souffrance et non formé aux décompensations psychotiques, des complexités liées à la cohabitation, un manque de soutien de la part du secteur psychiatrique..., voici le bilan que l'on peut dresser pour de nombreux Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes. De plus, la diversité des profils et des parcours des psychotiques vieillissants complexifie leur prise en charge au sein de ces structures. Leur admission demande un travail en amont du secteur de la psychiatrie et un investissement de la part de l'ensemble des professionnels afin de promouvoir le déploiement d'un projet de vie spécifique et adapté au recueil de vie de la personne. Autant de difficultés qui compromettent la qualité de vie et la sécurité des psychotiques vieillissants en EHPAD.

⁶⁷ cf entretien monsieur Maxime Hédouin

Par ailleurs, ce travail démontre l'intérêt du décloisonnement des secteurs psychiatrique et médico-social. En effet, il a été témoigné que leur collaboration pouvait favoriser l'intégration des psychotiques âgés dans ces structures. De plus, l'intervention d'équipes du secteur et de psychiatres au quotidien permettrait la diminution des préjugés et des stigmatisations autour de cette population. Egalement, la participation hebdomadaire à des ateliers en CATTP ou un suivi en hôpital de jour constitueraient des réponses pour soulager les professionnels des EHPAD. Par conséquent, l'accueil, le maintien et la non rupture de soins des psychotiques âgés reposent majoritairement sur des actions déployées et financées par les acteurs de la région.

Les innovations technologiques telles que la télémedecine auront également un rôle à jouer dans l'accompagnement des psychotiques âgés en EHPAD. Elles auront pour objectifs d'éviter la rupture de soins, d'améliorer la qualité de prise en charge : (diminution des déplacements, réduction du délai d'attente..) et de soutenir les professionnels.

Par ailleurs, avec la conjoncture économique actuelle, les équipes soignantes expriment un manque d'effectif pour assurer une prise en charge de qualité auprès des résidents. A ce propos, les psychotiques vieillissants nécessitent beaucoup de temps et d'attention. De plus, leur jeune âge (inférieur à 60 ans par dérogation), leur niveau d'autonomie, et les soins coûteux à leur égard peuvent entraîner des répercussions budgétaires pour les EHPAD.

Ainsi, l'absence de réponse adéquate, la pression des salariés, les difficultés financières et l'augmentation du nombre de personnes âgées pourraient contribuer à une dérive et à la sélection des résidents ayant des profils plus « côté ».

Par finir, un travail mériterait d'être mené pour qu'un véritable réseau gérontopsychiatrique se mettent en place.

TABLE DES ABREVIATIONS

- APA** : Allocation Personnalisée d'autonomie
- AGGIR** : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
- AMP** : Association Mondiale de Psychiatrie
- AMP** : Aide Medico-Psychologique
- ANESM** : l'Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- CMP** : Centre Médico-Psychologique
- DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- EMPG** : Equipes Mobiles de Psychogériatrie
- EPSM** : Etablissement Public de Santé Mentale
- GIR** : Groupes Iso-Ressources
- GMP** : Gir Moyen Pondéré
- HAD-psy** : Hospitalisation à Domicile en psychiatrie
- HCSP** : Haut Conseil de Santé Publique
- HPST** : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et la Communication
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PAERPA** : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
- PMP** : Pathos Moyen Pondéré
- PMT** : Projet Médical de Territoire
- PPSM** : Plan Psychiatrie et Santé Mentale
- PSR** : Programme Régional de Santé
- SNS** : Stratégie Nationale de Santé
- SRS** : Schéma Régional Sanitaire
- SROMS** : Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale
- SROS** : Schéma Régional de l'Offre de Soins
- UVA** : Unité de Vie Alzheimer
- UVPHA** : Unité de Vie pour Personnes Handicapées Agées

BIBLIOGRAPHIE

A MA SANTÉ., Définition « psychose ». <https://www.a-ma-sante.tn/glossaire-medical/psychose/>

ARS Hauts-de-France., (2018). *CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE 2018-2028*. Disponible sur internet : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-02/ARS_HDF_COS_Version_Consultation.pdf

ARS Hauts-de-France, (2018). *Le Projet régional de sante Hauts-de-France 2018-2028*, Disponible sur internet : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-07/MeP%20SRS-PRS%202018-2023%20%28DYNAMIQUE%29-BAT.pdf>

ARS NPDC., *Elaboration du SROS Etat des lieux-Bilan du SROS III*. Disponible sur internet : <http://www.nord.gouv.fr/content/download/4382/23758/file/bilan%20SROS%20III%20NPDC%20jv02.pdf>

ARS Nord-Pas-de-Calais, (octobre 2016) *Rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016 Nord-Pas-de-Calais*. Disponible sur internet : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/ARS_NPDC_Rapport_Final_evaluation_PRS_1_3_01_0.pdf.

BÉGUIN B., LE MONDE, (2018). *La psychiatrie en grande souffrance*.

BLANPAIN N. & BUISSON G., INSEE PREMIÈRE N° 1619, (2016). *Projections de population à l'horizon 2070*. Disponible sur internet: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>

CAMUS V. & DE MENDONÇA LIMA C-A. & BERTOLOTE J-M. & GAILLARD M., *Réunions de consensus sur la psychiatrie de la personne âgée : une initiative de l'oms et de l'association mondiale de psychiatrie*. Disponible sur internet : <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2287/20288>

CARAGLIO M., (2017). *Les élèves en situation de handicap*. Presses Universitaires de France.

CHAM.; Livret d'accueil psychiatrie. Disponible sur internet : http://www.ch-montreuil.fr/wp-content/uploads/2015/03/livret-psychiatrie_OK.pdf

CHARAZAC P., (2015). *L'aide mémoire de psycho-gériatrie en 24 notions*, 2^{ème} édition, DUNOD.

CLEMENT J-P. (2010) *Psychiatrie de la personne âgée. p10*. Flammarion.

DESMIDT T. & ZAWADZKI L. & CAMUS V., (2012)., in : DALERY J. & D'AMATO T. & SAOUD M., Pathologies schizophréniques, *Schizophrénie vieillie et psychoses tardives*, 112 - 119p. Lavoisier.

Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine , *définition* « psychose » disponible en ligne : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=psychose+>

DI MAGGIO., (2015). *Télémedecine en psychiatrie*. Disponible sur internet : <http://www.kapouest.fr/doc/interventions/10-dimaggio.pdf>

DREES., (2013) Dossier solidarité et santé, *Projection des populations âgées dépendantes*. 17-23p Disponible sur internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>

DREES., (2016). *En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës*. Disponible sur internet : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_989.pdf

DREES., (2017). *L'état de santé de la population française*. 291p. Disponible sur internet : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf

ECO-SANTÉ., (2015). *Schémas régionaux d'organisation des soins*. Disponible sur internet : <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/161.html>

ELIE-LEFEBVRE C. & SCHUSTER J-P. & LIMOSIN F., (2016). *Télépsychiatrie : quelle place dans les soins des sujets âgés ?*
Disponible sur internet : https://www.jle.com/fr/revues/gpn/e-docs/telepsychiatrie_quelle_place_dans_les_soins_des_sujets_ages_308096/article.phtml?tab=texte

ENCYCLOPÆDIA-UNIVERSALIS., JUILLET P. & STORK H. & FÉDIDA P. « *Psychose* ». Disponible sur internet : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/psychose/1-le-concept-de-psychose/>

FANTINI-HAUWEL C. & GÉLY-NARGEOR M.C. & RAFFARD S. (2014). *Psychologie et psychopathologie de la personne vieillissante*. 63p , DUNOD
FRANCE ALZHEIMER., *La maladie d'Alzheimer en chiffre*. Disponible sur internet : <https://www.francealzheimer.org/maladie-dalzheimer-vos-questions-nos-reponses/maladie-dalzheimer-chiffres/>.

GER PSYCHOL NEUROPSYCHIATR VIEIL., (2011). *Patients souffrant de schizophrénie devenus âgés : aspects cliniques*. Volume 9.

HA C.; (2017). *Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013*. Disponible sur internet : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/23/pdf/2017_23_2.pdf

HAOUZIR S., « *Au centre hospitalier de Rouvray, la télé-psychiatrie au service de la santé mentale* ». Disponible sur internet : <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Au-centre-hospitalier-de-Rouvray-la-tele-psychiatrie-au-service-de-la-sante-mentale>

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (HCSP). (2016). *Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. Disponible sur internet : [hcspr20160310_evalplanpsysantementale20112015.pdf](https://www.hcsp.fr/IMG/pdf/hcspr20160310_evalplanpsysantementale20112015.pdf)

HAS., (2013). *Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale*, 1p. Disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf

HELMER C, & MONTAGNIER D, & PÉRÈS K. *Epidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé*. Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse 2004;2: S7-S12.

INSEE.; (2017). *Personnes âgées dépendantes*. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569388?sommaire=2587886>

INSEE., (2018). *Population par âge*. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>

JAEGER M., (2012). *L'articulation du sanitaire et du social*. 9p 3^{ème} édition, DUNOD.

JAULIN P., (2012). *Psychiatrie du sujet âgé : les métamorphoses d'un nom, information psychiatrique*, volume 88, p709-710. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-9-page-709.htm>

JOVELET G., (2017). *Ces psychotiques qui vieillissent*. p29. JOHN LIBBEY EUROTEXT.
JOVELET G., (2010), *Information psychiatrique. Psychose et vieillissement*. 39-47p. Volume 86. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-1-page-39.htm>

LAROUSSE., *définition psychose*, Disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychose/64878>.

LEGIFRANCE., Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072756>

LEGIFRANCE., *Circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.* Disponible sur internet : http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf

LEGIFRANCE., *CIRCULAIRE N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.* http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_14766.pdf

LEGIFRANCE., *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.* Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

LEGIFRANCE., *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)*, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>.

LIMOSIN F., (2018). La Lettre du Psychiatre. *PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE : ENFIN LA RECONNAISSANCE. VOLUME XIV.* Disponible sur internet : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/26835.pdf>.

LOPEZ A. & TURAN-PELLETIER G., (2017). Tome 1 Rapport Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, 15p. Disponible sur internet : http://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=700

LOPEZ A. & TURAN-PELLETIER G., (2017). Tome 1, *Rapport Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, 39p. ., Disponible sur internet : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf

MALFATTO E., (2013). *Quand les « fous » vieillissent.* Disponible sur internet : <http://emiliennemalfatto.blog.lemonde.fr/2013/03/14/quand-les-fous-vieillissent/>

MENDEZ M. & VON GUNTEN A. & ANTUNES M.; *Schizophrénies et troubles délirants tardifs à l'âge avancé.* Disponible sur internet : https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_16AFE1BB121D.P001/REF

MÉMOIRE ENSP., (2006). *Aspects de l'articulation entre sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale (patients adultes)*. Disponible sur internet : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/mip/groupe_22.pdf

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. *La stratégie nationale de santé 2018-2022*. Disponible sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉ ET DE LA SANTÉ. *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*. Disponible sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>

MONFORT J.C., (2014). *La psychogériatrie, « Que sais-je »*, 5^{ème} édition, Paris, Puf.

OMS., (2017). *La démence*. Disponible sur internet : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.

OMS, *rapport sur la santé dans le monde*, Disponible sur internet : http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/

Rapport Cour des Comptes., (Dec 2015). L'HOSPITALISATION À DOMICILE. Évolutions récentes. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf>

ROBLIN J. & VAILLE-PERRET E. & TOURTAUCHAUX R. & MALET L. & GALLAND F. & JALENQUES I., (2010). *Qualité de vie, schizophrénie et avancée en âge*, p2. Disponible sur internet : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00547981/document>.

SILVERERCO., (2015). *Suicide des personnes âgées : des chiffres qui inquiètent !*

TOURTAUCHAUX R. & VAILLE-PERRET E. & PONTONNIER A-L. & JALENQUES I., *Patients souffrant de schizophrénie en EHPAD: quel rôle pour l'équipe de psychiatrie de secteur ?* Disponible sur internet : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00562287/document>

UNAFAM., (2014). *Faisons de la Santé mentale et des Troubles psychiques la Grande Cause Nationale de 2014 !*. Disponible sur internet : <http://www.unafam.org/Faisons-de-la-Sante-mentale-et-des-Troubles-psychiques-la-Grande-Cause-Nationale-de-2014.html>

WIKIPEDIA., définition ESD. Disponible sur internet : https://fr.wikipedia.org/wiki/Entretien_semi-directif

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	3
PARTIE I. LA PLACE DES PSYCHOTIQUES ÂGÉS	6
Chapitre 1. La psychiatrie du sujet âgé : Définitions et champ de compétences	6
A. Emergence d'une nouvelle discipline : la psychiatrie du sujet âgé	6
B. Pathologies psychiatriques : une diversité de profils	8
C. Les psychotiques vieillissants	11
Chapitre 2. Les troubles psychiatriques de la personne âgée : Priorité majeure de la santé publique	15
A. Des avancés politiques favorables à la prise en charge des personnes âgées psychotiques	15
1. Un cadrage international	15
2. Un cadrage national	15
3. Un cadrage régional	18
Chapitre 3. L' EHPAD, structure possible pour les psychotiques vieillissants	21
A. La psychiatrie et le secteur médico-social : un cloisonnement ancien et institutionnel	21
B. Contexte de l'orientation des psychotiques en EHPAD.....	22
C. Impact du vieillissement	23
1. Evolution démographique : une population vieillissante	23
2. Elévation du niveau de la dépendance	24
3. Les psychotiques vieillissants : un avenir compromis en EHPAD	25
D. Articulation entre les secteurs psychiatrique et médico-social	26
Conclusion intermédiaire	30
PARTIE II. METHODOLOGIE EMPLOYÉE	31
Chapitre 1. Outils utilisés et limites	31
A. Enquête.....	31
B. Entretiens Semi-Directifs	35
Chapitre 2. Résultats	38
A. Enquête.....	38
1. Analyse des résultats : pôle soignants	38
2. Analyse des résultats : pôle support	42

3. Conclusion enquête	45
B. Entretiens Semi-directifs	46
1. Limites des EHPAD	48
2. L'interdisciplinarité au coeur de la prise en charge	50
3. Perspectives d'évolution.....	52
4. Conclusion ESD	52
Chapitre 3. Mises en perspectives personnelles afin d'assurer un devenir en EHPAD des psychotiques âgés.....	53
A. Pistes de réflexion	53
1. L'enjeu de la reconnaissance du handicap psychique	53
2. Détachement d'un médecin psychiatre	54
B. Pistes d'action	55
1. Assurer une politique managériale de soutien des professionnels	55
2. Oeuvrer à une coopération autour de la personne âgée psychotique vieillissante	56
3. Développer les outils de la démarche qualité	57
4. Imaginer des lieux de vie adaptés.....	58
Conclusion intermédiaire	59
CONCLUSION	60
TABLE DES MATIERES	68
TABLE DES ILLUSTRATIONS ET DES FIGURES.....	70

TABLE DES ILLUSTRATIONS ET DES FIGURES

Table des illustrations

Figure n°1 : Taux de personnes souffrant de troubles psychotiques ou de schizophrénie prises en charge par le système de soins, selon l'âge et le sexe, en 2014 (pour 1000) ...	12
Figure n°2 : Evolution chronologique de la psychogériatrie au sein des différents SROS du NPDC.....	19
Figure n°3 : Architecture du PRS 2ème génération.....	20

Table des tableaux

Tableau n°1 : Profils des psychotiques âgés	14
Tableau n°2 : Âge moyen au décès selon la nature des troubles mentaux (TM) et selon le sexe, France, 2000-2013.....	24
Tableau n°3 : Composition des pôles d'un EHPAD	33
Tableau n°4 : Répondants de l'enquête : « les psychotiques âgés »	34
Tableau n°5 : Professionnels interviewés	37

Table des Annexes

Annexe I – Enquête.....	I
Annexe II – Résultats globaux de l'Enquête	VIII
Annexe III – Résultats ESD.....	XXI

Annexe I – Enquête

LES PSYCHOTIQUES ÂGÉS EN EHPAD

Cette enquête s'adresse à vous, professionnels d'EHPAD. Elle a pour but de récolter des informations sur l'accompagnement et le devenir des personnes âgées psychotiques en EHPAD.

Le questionnaire est strictement anonyme. Je vous remercie de bien vouloir y consacrer un peu de votre temps. A l'issue vous pourrez déposer dans l'urne réservée à cet effet dans le local du personnel.

IDENTIFICATION

1. Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> EHPAD public | <input type="checkbox"/> EHPAD indépendant |
| <input type="checkbox"/> EHPAD privé à but non lucratif | <input type="checkbox"/> EHPAD appartenant à un groupe |
| <input type="checkbox"/> EHPAD commercial / à but lucratif | |

2. Quelle fonction exercez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Secrétaire / Agent d'accueil | <input type="checkbox"/> AS / AMP / ASG / AES |
| <input type="checkbox"/> animateur coordonnateur / animateur socio-culturel | <input type="checkbox"/> Médecin coordonnateur |
| <input type="checkbox"/> Gouvernant | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> ASH / ASL | <input type="checkbox"/> Moniteur éducateur |
| <input type="checkbox"/> Cuisinier / Personnel de cuisine | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute / Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> IDEC / Cadre de santé | <input type="checkbox"/> Lingère |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Entretien / Factotum |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Technicienne de surface |
| | <input type="checkbox"/> Autre |

3. Depuis combien de temps exercez-vous ce métier ?

- Moins de 1 an
- Entre 1 an et 5 ans
- Entre 6 ans et 10 ans
- Entre 11 ans et 20 ans
- Plus de 20 ans

4. Depuis combien de temps exercez-vous en EHPAD ?

- Moins de 1 an
- Entre un 1 an et 5 ans
- Entre 6 ans et 10 ans
- Entre 11 ans et 20 ans
- Plus de 20 ans

VOTRE PERCEPTION

5. Spontanément, quel est le premier mot auquel vous pensez lorsqu'on parle de psychose ?

.....

6. Comment percevez-vous les résidents psychotiques ? (plusieurs choix possibles à numéroter de 1 à 7)

- Ils peuvent perturber les autres résidents et le bon fonctionnement du service
- Ils nécessitent beaucoup de temps et d'attention
- Ils mobilisent beaucoup de salariés
- Ils peuvent être agressifs et violents
- Ils ne posent pas plus de problèmes que les autres résidents
- Ils ne posent pas plus de problèmes que les résidents porteurs de troubles cognitifs type Alzheimer
- autre.....

7. Êtes-vous réticent à l'entrée en EHPAD d'un patient psychotique ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

8. Selon vous, un EHPAD est-il un lieu de vie adapté aux patients psychotiques ?

- Oui, tout à fait adapté
- Non, pas du tout adapté
- Oui, plutôt adapté
- Sans opinion
- Non, plutôt pas adapté

Pourquoi ?

.....

.....

9. En général, trouvez-vous qu'il existe des difficultés de cohabitation entre les résidents psychotiques et les autres résidents ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS PSYCHOTIQUES

10. Estimez-vous être suffisamment préparé et formé pour proposer un accompagnement adapté aux besoins de ce public ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

11. Lors de l'exercice de votre fonction avez-vous certaines peurs/craintes lorsque vous êtes en présence de ce public ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

12. Si oui, qu'est-ce qui vous fait peur ?

- Méconnaissance des pathologies mentales
- Violence verbales
- Violences physiques
- Autre

13. Vous sentez-vous « démuni » face à ces résidents ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

14. Avez-vous déjà eu des difficultés pour prendre en charge un résident psychotique ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

15. Si oui, quelle était la nature des difficultés ?

- Agressivité
- Agitation
- Opposition
- Autre

16. Selon vous, la continuité des soins est-elle assurée entre le secteur de la psychiatrie et votre établissement ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

DEVENIR DES PSYCHOTIQUES

17. Manquez-vous de soutien de la part des équipes psychiatriques pour la prise en charge des résidents psychotiques ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

18. Connaissez-vous les missions des équipes mobiles de psychogériatrie qui interviennent en EHPAD pour ce public ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

19. Pensez-vous que la création d'unités de vie spécifiques et adaptées aux sujets âgés psychotiques, à l'instar des unités de vie protégées pour la maladie d'Alzheimer pourrait être un mode d'accompagnement adapté au sujet psychotique vieillissant ?

- Oui, tout à fait adapté
- Oui, plutôt adapté
- Non, plutôt pas adapté
- Non, pas du tout adapté
- Sans opinion

Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

20. N'avez-vous pas peur, qu'un tel dispositif puisse entrainer un isolement des résidents ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

21. A ce jour, des dispositifs sont existants, qu'elle serait selon-vous la meilleure alternative ? (plusieurs choix possibles à numéroté de 1 à 5)

- CATTP centre d'accueil thérapeutique à temps partiel : prise en charge de quelques heures par jours, quelques jours par semaine
- Unité de vie spécifique et adaptée aux sujets âgés psychotiques
- Intervention d'une équipe mobile de psychogériatrie
- Télémédecine / Télépsychiatrie
- Autre

22. Avez-vous d'autres avis, remarques, suggestions ?

.....

.....

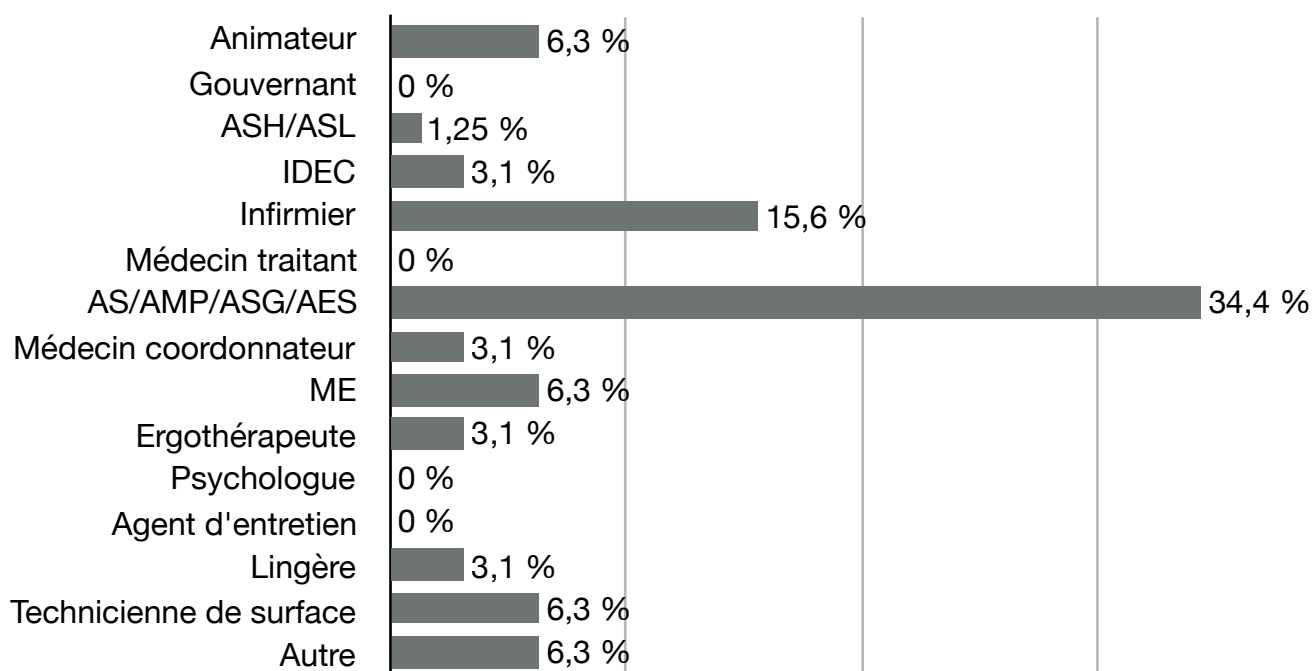
.....

.....

Annexe II – Résultats globaux de l'Enquête

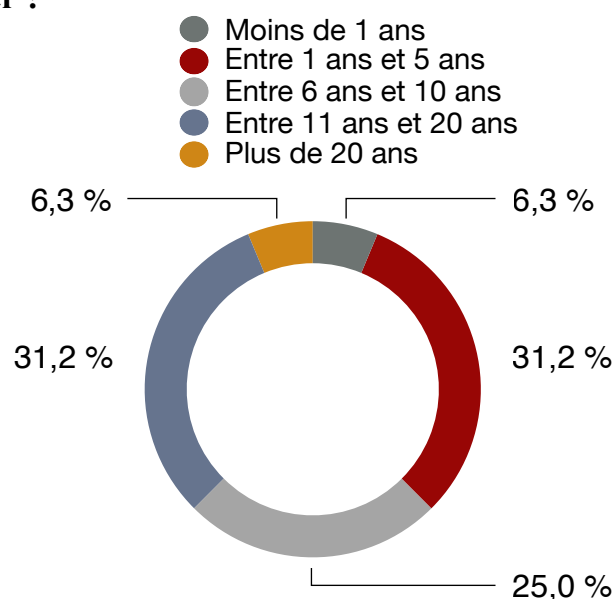
1. Quelle fonction exercez-vous ?

	Effectifs	%
Animateur coordonnateur / animateur socio-culturel	2	6,3
Gouvernant		0,0
ASH/ASL	4	12,5
IDEC / cadre de santé	1	3,1
Infirmier	5	15,6
Médecin traitant		0,0
AS/AMP/ASG/AES	11	34,4
Médecin coordonnateur	1	3,1
Moniteur éducateur	2	6,3
Ergothérapeute / psychomotricien	1	3,1
Psychologue		0,0
Agent d'entretien / factotum		0,0
Lingère	1	3,1
Technicienne de surface	2	6,3
Autre	2	6,3
Total	32	100,0



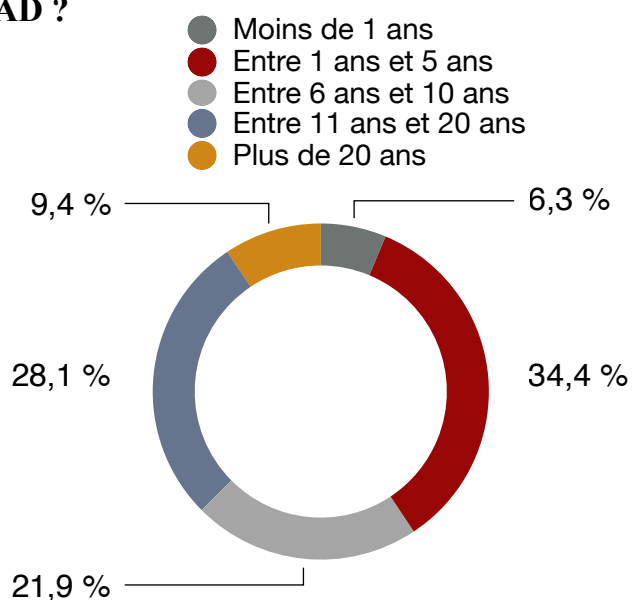
2. Depuis combien de temps exercez-vous ce métier ?

	Effectifs	%
Moins de 1 ans	2	6,3
Entre 1 ans et 5 ans	10	31,3
Entre 6 ans et 10 ans	8	25,0
Entre 11 et 20 ans	10	31,3
Plus de 20 ans	2	6,3
Total	32	100,0



3. Depuis combien de temps exercez-vous en EHPAD ?

	Effectifs	%
Moins de 1 ans	2	6,3
Entre 1 ans et 5 ans	11	34,4
Entre 6 ans et 10 ans	7	21,9
Entre 11 et 20 ans	9	28,1
Plus de 20 ans	3	9,4
Total	32	100,0



VOTRE PERCEPTION

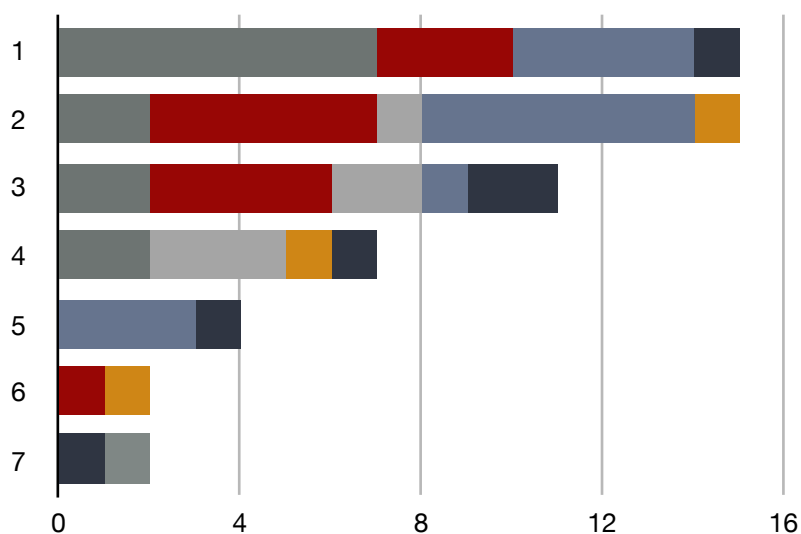
4. Spontanément, quel est le premier mot auquel vous pensez lorsqu'on parle de psychose ?

Maladie (5)	Délire (2)	Psy
Affection mentale	Démence (4)	Equilibre mental
Psychiatrie (4)	Schizophrénie (2)	Peur
Handicap	Inconscient	Méconnaissance
Danger	Paranoïa	Changement d'humeur
Trouble mental (2)	Trouble du comportement	Névrose
Trouble		

5. Comment percevez-vous les résidents psychotiques ? (plusieurs choix possibles à numéroté de 1 à 7)

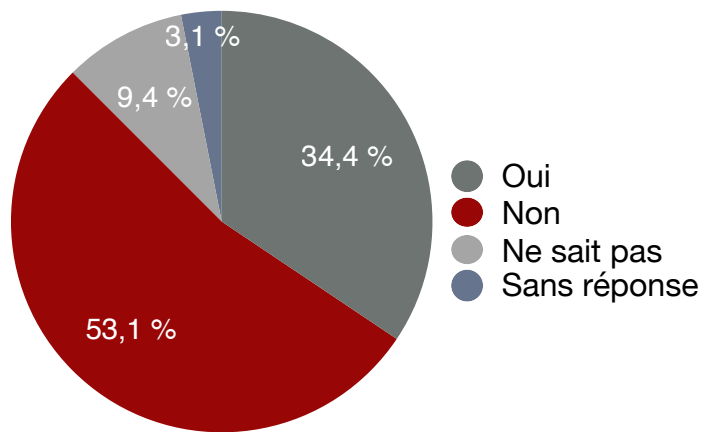
NUMERO	Ils peuvent perturber les autres résidents et le bon fonctionnement du service	Ils nécessitent beaucoup de temps et d'attention	Ils mobilisent beaucoup de salariés	Ils peuvent être agressifs et violents	Ils ne posent pas plus de problèmes que les autres résidents	Ils ne posent pas plus de problèmes que les résidents porteurs de troubles cognitifs type Alzheimer	Autre
1	7	3		4		1	
2	2	5	1	6	1		
3	2	4	2	1		2	
4	2		3		1	1	
5		1		3		1	
6			2		1		
7						1	1

- Ils peuvent perturber les autres résidents et le bon fonctionnement du service
- Ils peuvent perturber les autres résidents et le bon fonctionnement du service
- Ils mobilisent beaucoup de salariés
- Ils peuvent être agressifs et violents
- Ils ne posent pas plus de problèmes que les autres résidents
- Ils ne posent pas plus de problèmes que les résidents porteurs de troubles cognitifs type Alzheimer
- Autre



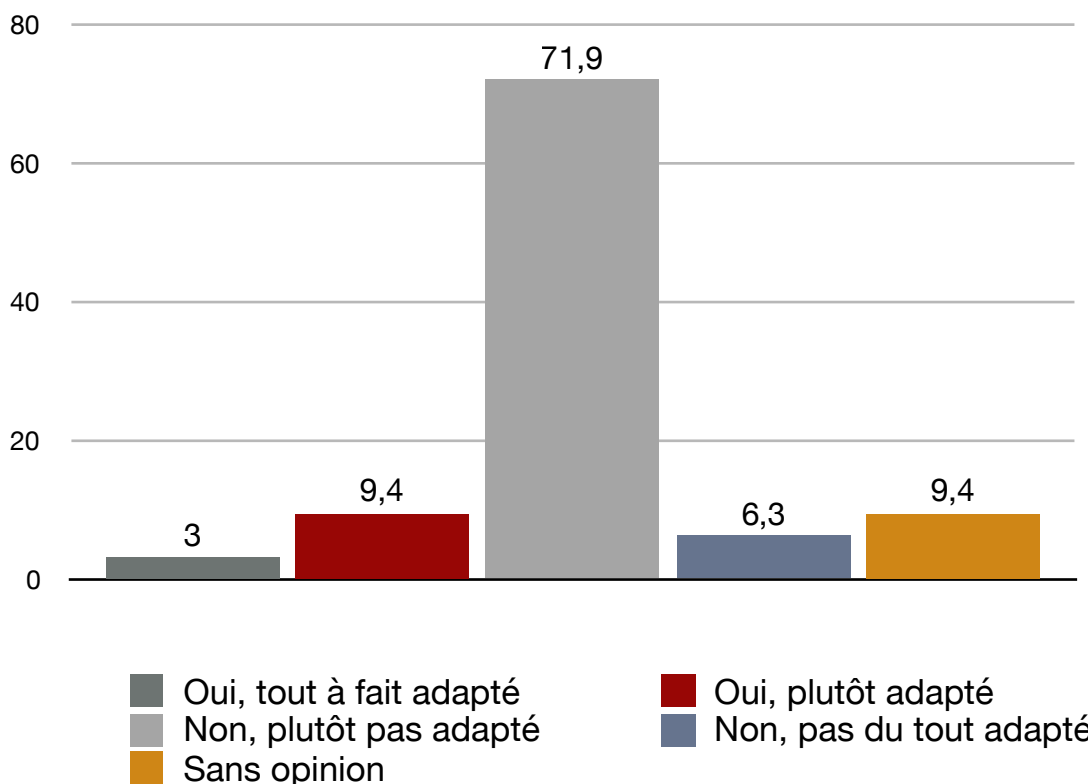
6. Etes-vous réticent à l'entrée en EHPAD d'un patient psychotique ?

	Effectifs	%
Oui	11	34,4
Non	17	53,1
Ne sait pas	3	9,4
Sans réponse	1	3,1
Total	32	100,0



7. Selon vous, un EHPAD est-il un lieu de vie adapté aux patients psychotiques ?

	Effectifs	%
Oui, tout à fait adapté	1	3,1
Oui, plutôt adapté	3	9,4
Non, plutôt pas adapté	23	71,9
Non, pas du tout adapté	2	6,3
Sans opinion	3	9,4
Total	32	100,0

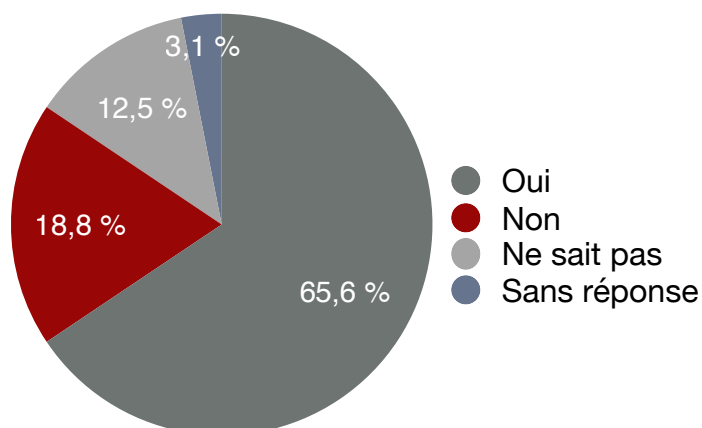


Pourquoi ?

	Remarques
Oui, tout à fait adapté	Oui car on peut associer ces pathologies à d'autres troubles du cerveau dégénérative
Oui, plutôt adapté	oui, si personnel formé à ce type de pathologie
Non, plutôt pas adapté	Il faut du personnel qualifié, formé pour s'occuper au mieux de ces résidents Cela nécessite du personnel qualifié et un accompagnement ciblé et un suivi adéquat avec du personnel volontaire et qualifié Il faut du personnel pour encadrer la personne Problème de formation, de partenariat avec un établissement psy, les urgences. Non, selon le degré de psychose Relations difficiles entre résidents adultes vieillissants âgés et résidents psychotiques Manque de formation du personnel et d'activités en rapport avec leurs troubles Non, ils nécessitent beaucoup d'attention et de temps Certains résidents ne se sentent pas à l'aise avec ce public Non, car un EHPAD est un lieu où les résidents ont besoin de calme et de repos et une personne âgée psychotique change de comportement et d'humeur assez régulièrement Différentes pathologies selon les résidents. Des difficultés de cohabitation, du personnel non formé, méconnaissance des pathologies et troubles associés. Manque de formation du personnel et d'activités thérapeutiques pour cette population Méconnaissance de la maladie et de ce fait l'approche de la prise en charge Personnel non formé, pas d'unité
Non, pas du tout adapté	Ils doivent être dans une unité fermée pour plus de sécurité
Sans opinion	Tout va dépendre des moyens mis à disposition : personnel formé-locaux-suivi médical

8. En général, trouvez-vous qu'il existe des difficultés de cohabitation entre les résidents psychotiques et les autres résidents ?

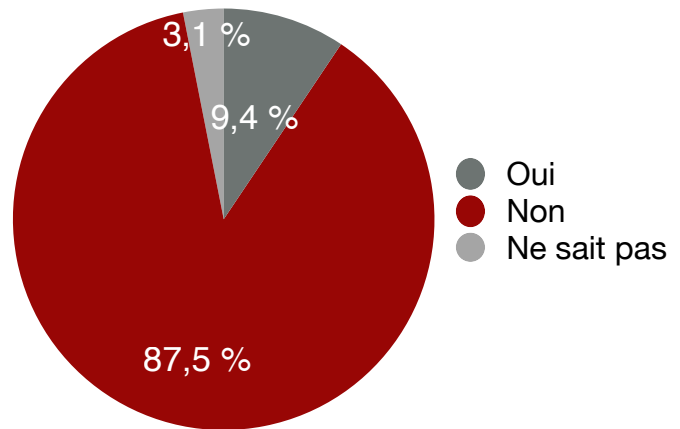
	Effectifs	%
Oui	21	65,6
Non	6	18,8
Ne sait pas	4	12,5
Sans réponse	1	3,1
Total	32	100,0



ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS PSYCHOTIQUES

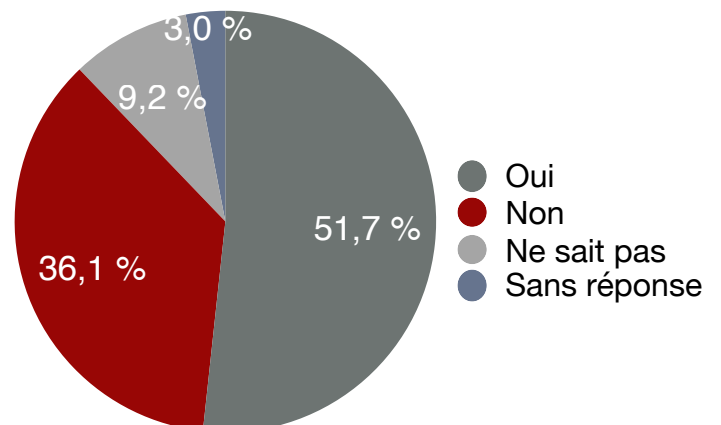
10. Estimez-vous être suffisamment préparé et formé pour proposer un accompagnement adapté aux besoins de ce public ?

	Effectifs	%
Oui	3	9,4
Non	28	87,5
Ne sait pas	1	3,1
Total	32	100,0



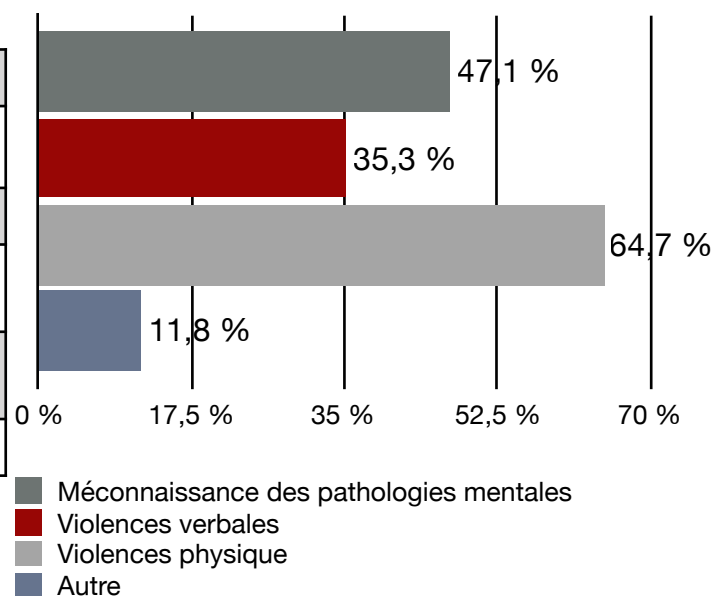
11. Lors de l'exercice de votre fonction avez-vous certaines peurs/craintes lorsque vous êtes en présence de ce public ?

	Effectifs	%
Oui	17	53,1
Non	12	37,5
Ne sait pas	3	9,4
Sans réponse	1	3,1
Total	32	



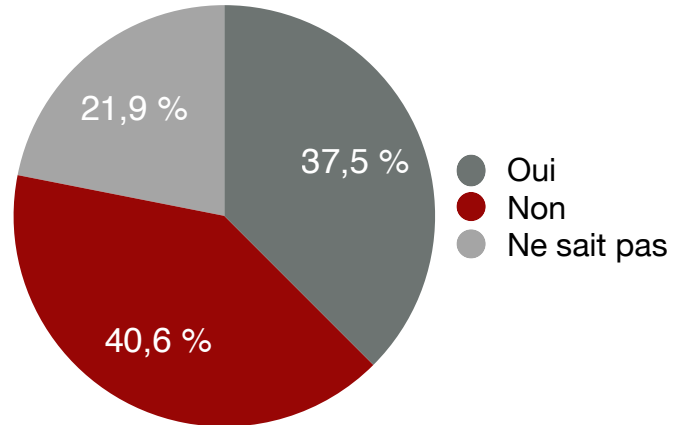
12. Si oui, qu'est-ce qui vous fait peur ?

	Effectifs	%
Méconnaissance des pathologies mentales	8	47,1
Violence verbales	6	35,3
Violences physiques	11	64,7
Autre	2	11,8
Total	17	



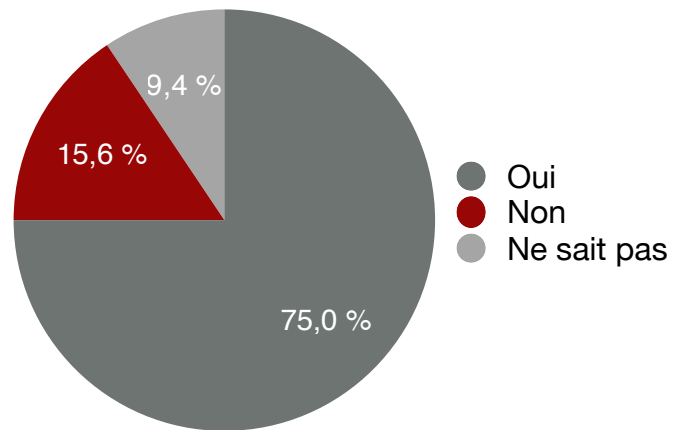
13. Vous sentez-vous « démuni » face à ces résidents ?

	Effectifs	%
Oui	12	37,5
Non	13	40,6
Ne sait pas	7	21,9
Total	32	100,0



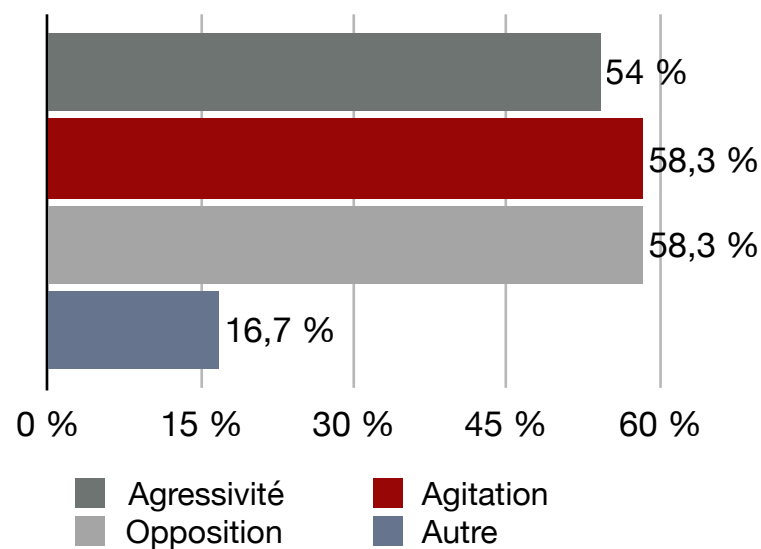
14. Avez-vous déjà eu des difficultés pour prendre en charge un résident psychotique ?

	Effectifs	%
Oui	24	75,0
Non	5	15,6
Ne sait pas	3	9,4
Total	32	100,0



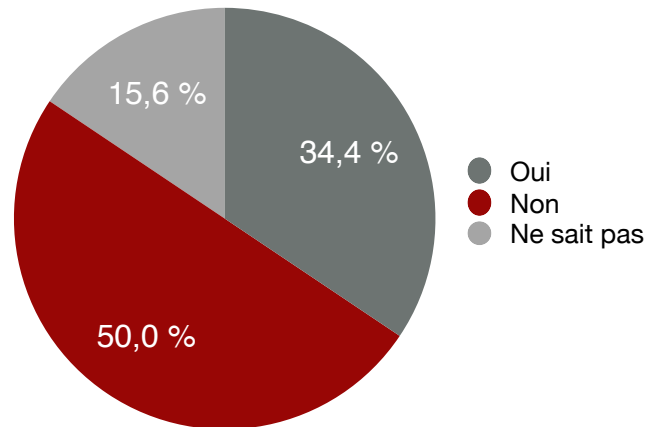
15. Si oui, quelle était la nature des difficultés ?

	Effectifs	%
Agressivité	13	54,2
Agitation	14	58,3
Opposition	14	58,3
Autre	4	16,7
Total	24	



16. Selon vous, la continuité des soins est-elle assurée entre le secteur de la psychiatrie et votre établissement ?

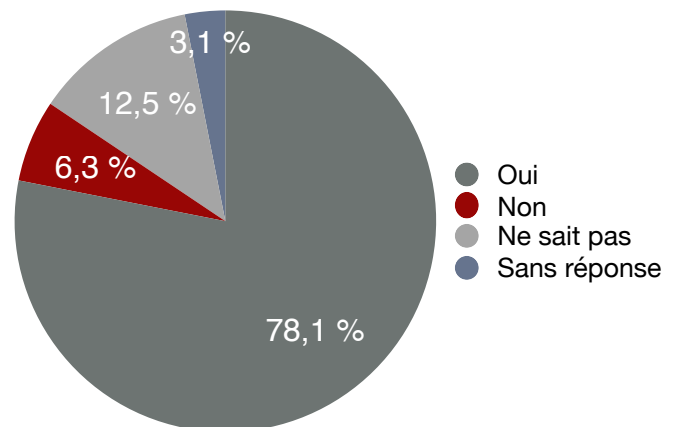
	Effectifs	%
Oui	11	34,4
Non	16	50,0
Ne sait pas	5	15,6
Total	32	100,0



DEVENIR DES PSYCHOTIQUES

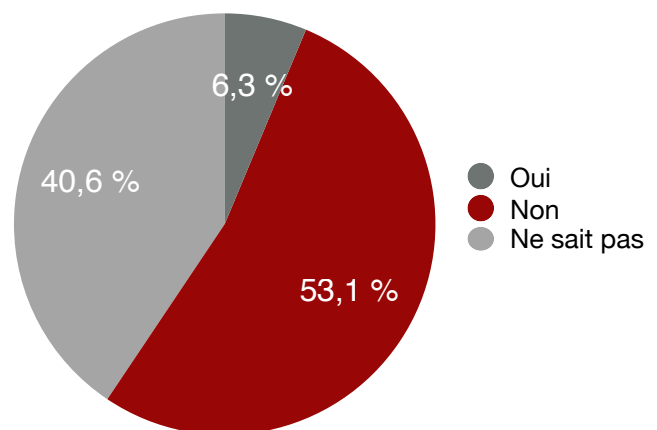
17. Manquez-vous de soutien de la part des équipes psychiatriques pour la prise en charge des résidents psychotiques ?

	Effectifs	%
Oui	25	78,1
Non	2	6,3
Ne sait pas	4	12,5
Sans réponse	1	3,1
Total	32	100,0



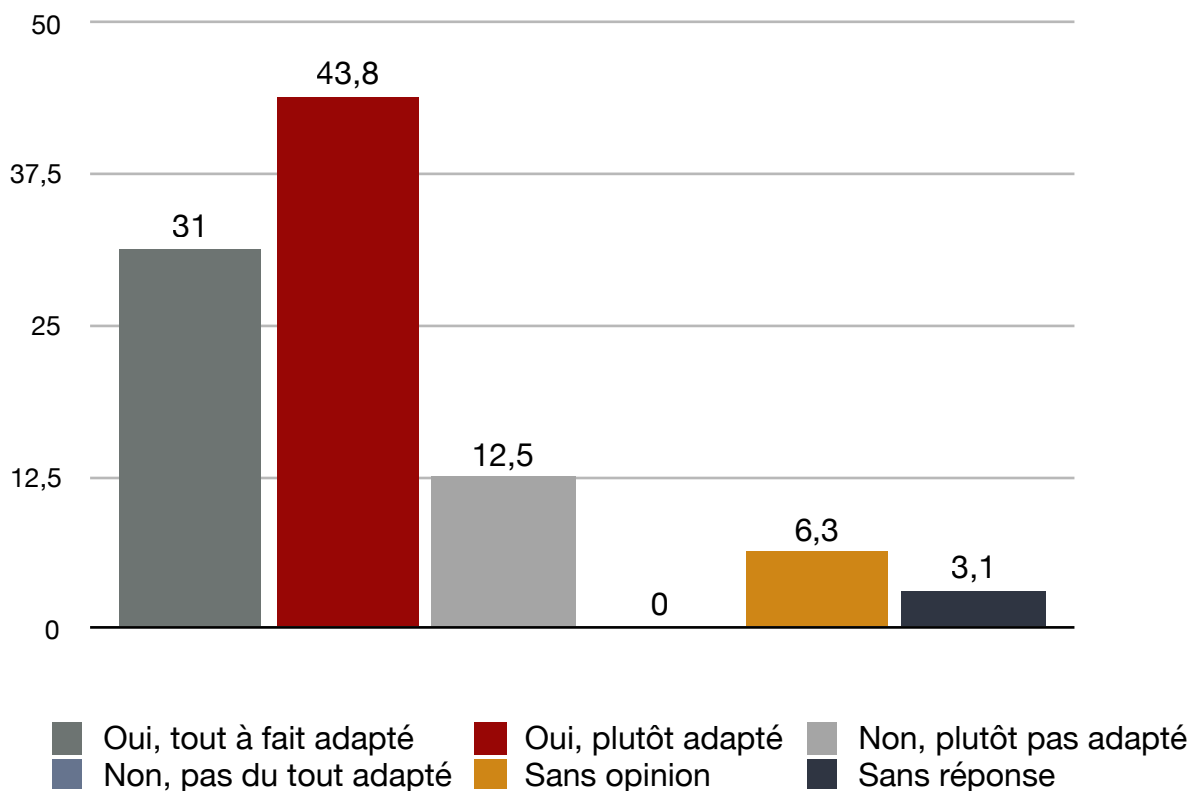
18. Connaissez-vous les missions des équipes mobiles de psychogériatrie qui interviennent en EHPAD pour ce public ?

	Effectifs	%
Oui	2	6,3
Non	17	53,1
Ne sait pas	13	40,6
Total	32	100,0



19. Pensez-vous que la création d'unités de vie spécifiques et adaptées aux sujets âgées psychotiques, à l'instar des unités de vie protégées pour la maladie d'Alzheimer pourrait être un mode d'accompagnement adapté au sujet psychotique vieillissant ?

	Effectifs	%
Oui, tout à fait adapté	10	31,3
Oui, plutôt adapté	15	46,9
Non, plutôt pas adapté	4	12,5
Non, pas du tout adapté	0	0,0
Sans opinion	2	6,3
Sans réponse	1	3,1
Total	32	100,0

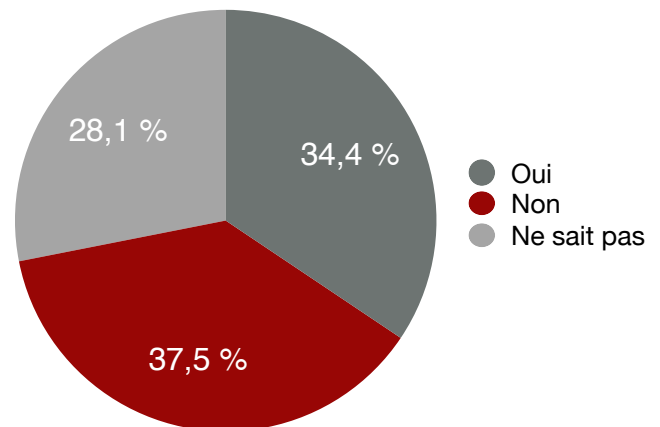


Pourquoi ?

	Remarques
Oui, tout à fait adapté	<ul style="list-style-type: none"> •Nous serons amenés à prendre en charge un public spécifique. Nous pourrions avoir une formation adaptée afin d'intervenir au mieux dans notre travail. •Oui, car les besoins ne sont pas les mêmes •Personnel mieux formé, meilleure prise en charge, meilleur environnement •Secteur qui regroupe tous les psychotiques, former du personnel volontaire pour une meilleure prise en charge qui peut être individuelle, une meilleure adaptation
Oui, plutôt adapté	<ul style="list-style-type: none"> •Seulement si les moyens humains et financiers sont proposés ainsi que du personnel qualifié pour apporter un accompagnement adéquat dans un milieu protégé pour les résidents. •Oui pour une prise en charge adaptée et optimale mais veiller à garder une fluidité entre les services. je préfère la notion de pôle plutôt que d'unité fermée. •oui, toutefois attention l'isolement renforce la maladie
Non, plutôt pas adapté	<ul style="list-style-type: none"> •UVA adapté aux psychotiques

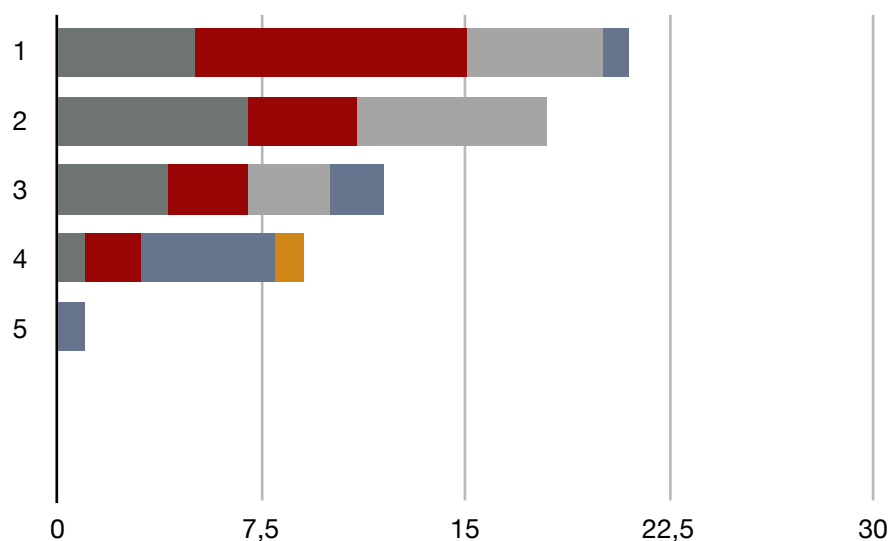
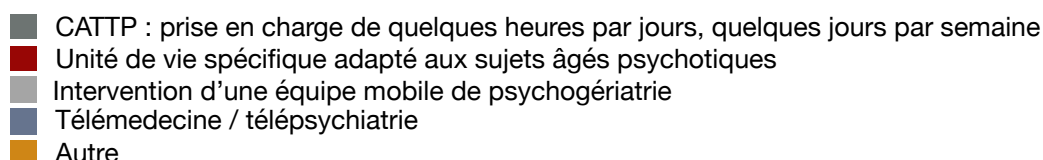
20. N'avez-vous pas peur, qu'un tel dispositif puisse entraîner un isolement des résidents ?

	Effectifs	%
Oui	11	34,4
Non	12	37,5
Ne sait pas	9	28,1
Total	32	100,0



21. A ce jour, des dispositifs sont existants, qu'elle serait selon-vous la meilleure alternative ? (plusieurs choix possibles à numérotés de 1 à 5)

N U M E R O	CATTP : prise en charge de quelques heures par jours, quelques jours par semaine	Unité de vie spécifique adaptée aux sujets âgés psychotiques	Intervention d'une équipe mobile de psychogériatrie	Télémedecine / télépsychiatrie	Autre
1	5	10	5	1	
2	7	4	7		
3	4	3	3	2	
4	1	2		5	1
5				1	



22. Avez-vous d'autres avis, remarques, suggestions ?

- ❖ Pour un accompagnement sécurisant et épanouissant, un employé suggère d'engager « du personnel avec de l'expérience dans la psychiatrie afin de répondre aux besoins des résidents, sans mettre en difficulté le personnel non spécialisé présent en EHPAD actuellement.

- ❖ Pour une orientation réussie, l'un des répondant marque la « nécessité de prendre en considération chaque personne psychotique, en fonction de sa psychose et de l'évolution de celle-ci.
- ❖ Avoir une vacation de psychiatre dans l'EHPAD
- ❖ Réaliser des formations débouchant sur DU ou diplôme reconnaissant la spécialité pour les personnes âgées psychotiques (exemple : AS, ASG, IDE psy).

Annexe III – Résultats ESD

GRILLE D'ENTRETIEN
Monsieur Maxime HEDOUIN, géronto-psychologue
Le lundi 4 juin à 10h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD »? L'objectif de cette rencontre : définir l'avenir des psychotiques âgés en EHPAD.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1. Quelle différence entre la psycho-gériatrie et la géronto-psychiatrie ?

Réponse :

La Gérontologie : c'est l'étude du vieillissement au sens le plus large possible : philosophique, physique , psychique, psychologique sociologique

Géronto-psychologue : approche psycho du vieillissement globale, mais aussi du vieillissement normale.

La gériatrie : uniquement l'étude des maladies liées au vieillissement.

Psycho-gériatrie : étude des maladies psychiques liées aux vieillissements .

Peu de texte sur l'étude des pathologies psychiatriques qui prennent de l'âge. Il n'y pas si longtemps, les psychanalystes disaient les « vieux ne pensent pas, les vieux ne pensent plus » le vieillissement on s'en fiche.

Remarque : quand tu as 20 ans tu penses à la mort, quand tu as 85 ans, tu penses à ta mort. Tu refais ton bilan de vie : Bouclier défensif psychique qui t'explose à la tête.

Les maladies psychiatriques, l'espérance de vie augmente pour tout le monde. Avant les personnes en situation de handicap décédé dès l'âge de 30 ans. Maintenant, des schizophrènes partout, avant la psychiatrie disait : une psychose qui vieillit se calme. Oui plus stable mais on a de tout. Il faut venir voir dans les EHPAD !

Ce sont des personnes qui souffrent. Elles se rendent compte de ce qu'il leur arrive. Les voix qu'ils entendent ne sont pas normales, ils ont une auto-critique. Ils ne sont pas bien. Le schizophrène réfléchit beaucoup.

Il faut dissocier les troubles psychiatriques et les troubles psychiatriques vieillissants.

En EHPAD on trouve :

- De « vrais » personnes atteintes de troubles psychiatrique anciens,
- Des personnes atteintes de troubles psychiatriques récents,
- UVA : (unité de vie adapté « et non Alzheimer) neuro-psychiatrie, tu vas avoir des troubles psychiatriques induits par des pathologies neuro-dégénératives. ==> Soit des comportements en réaction, en défense à une maladie. Soit effectivement des troubles induits à des lésions neurologiques.

2. Quelle est votre vision sur l'accueil en EHPAD des patients psychotiques âgés?

Réponse :

L'accueil n'est pas adapté, il n'y a pas d'accueil.

Autant quand il s'agit de personnes en situation de handicap ça commence à se faire de plus en plus dans le secteur d'hébergement classique grâce aux UVPHA. Là on garde presque un lien entre la structure d'origine et la structure d'accueil de la personne en situation de handicap. De plus, on va adapter le personnel. Dans une UVPHA, à la différence d'une UVA ou d'un secteur classique, il n'y n'aura pas des AS ou AMP mais des Educateurs spécialisés. Dans une UVA se trouve des personnes avec des troubles du comportement. Le personnel n'est pas toujours formé et desfois involontaire.

L'accueil des personnes psychotiques dans les établissements ou j'ai bossé et ou je suis allé : « pas fantastique. » Le personnel n'est pas formé. Des psychologues de plus en plus dans les EHPAD mais ils n'ont pas le temps de faire de formation.

Avec les personnes psychotiques, les origines sont diverses : un schizophrène que j'accompagne vient de chez sa mère, Mr X 65 ans.

Ils peuvent venir de foyer d'accueil, d'EPSM, d'un appartement thérapeutique. Et le projet de vie sera complètement différent.

Les EHPAD sont les seules structures qui accueillent les personnes de plus de 60 ans. Donc, elle accueille toutes les personnes qui viennent du domaine de la psychiatrie, du domaine du handicap. A 60 ans ils sont tous là, personnes d'autres ne les prend en charge.

En revanche, les personnes âgées ne veulent pas aller en EHPAD.

Age d'entrée en EHPAD : 60 ans / Dérogation 55 ans.

Moyenne d'âge 90 ans. Les « petits vieux » ne veulent pas y aller.

Dans les EHPAD, tu vas croiser des PA très âgés, très dépendantes et des centenaires. Plusieurs centenaires dans les EHPAD.

La personne âgée arrive autour de 80/ 90 ans car forte dépendance. Contrairement au schizophrène qui va rentrer en EHPAD. En effet, à 60 ans il tape à la porte et part pour un accompagnement de 15 à 20 ans. La personne âgée quant à elle ne reste « pas longtemps ».

Conclusion :

Accueil foireux. Mal organisé, équipes non formés, et des débats de fond qui ne sont toujours pas résolus. Est ce qu'on mélange des schizophrènes avec des vieux ? Avec des handicapés?

Les EHPAD sont ils des structures adaptés ? Pas sure ?

3. En quoi leur prise en charge diffère t-elle des autres résidents ?

Réponse :

La question de l'âge !

Les troubles ne sont pas les mêmes. Pour être vulgaire, les AS et AMP pourront être confrontés à des difficultés similaires. Des gens qui mettent des trucs ou qui cherchent des trucs dans leur anus, qui vont manger leur selle, qui vont avoir un discours incohérent, qui peuvent être agressif ...

Dans les faits, ils peuvent être amenés à vivre les mêmes choses, à prendre en charge les mêmes troubles compliqués. Mais l'explication et la prise en soins sera différente.

Une personne âgée, tu l'accompagnes, tu t'adaptes à elle, tu lui redonnes le choix, la capacité de décider.

Suivant le type de schizophrène, il faut cadrer, tu dois parfois donner des « ordres » c'est plus de l'éducatif.

Prise en charge différentes, même si les équipes peuvent être en difficultés avec des comportements que l'on retrouvera avec une personne âgée : la problématique derrière est différente et effectivement se sont des personnes avec des histoires de vie différentes.

Anecdote :

- L'environnement et la prise en charge vont beaucoup jouer. Il est stabilisé avec un traitement léger, des phases on / off . Au début de vrais comportements psychotiques / autistiques (1 cm du mur humhum), tuyau dans l'anus. La question c'est quoi ? Une gestion dans l'instant par les AS puis une analyse. Il délire? il se sent constipé ? Se fait-il plaisir ? Qu'est ce qu'on fait ?

Monsieur P vit en UVA depuis 3 ans. A sa demande, il veut retourner en Hébergement classique. Il dit qu'il passe son temps avec des gens + gratinés avec des troubles pénibles, des déments qui rentrent et sort de sa chambre. Il n'a jamais montré de signe de violence. Il a vu plus de 10 personnes décédées. Le motif de sa demande : les troubles du comportements de son voisin de chambre, la nuit.

Les autres que je connais en hébergement classique.

4. Comment expliquez-vous les difficultés de cohabitation entre les résidents psychotiques et les autres résidents ?

Réponse :

Des difficultés ? Oui et non.

Exemple :

- Tu peux mettre un certain type de schizophrène avec un dément et tout va bien se passer
 - Tu pourrais mettre une personne âgée et un schizophrène et tout va bien se passer.
- Des couples que l'on peut faire et d'autres non. Cela dépendra des pathologies, de qui ? de quoi ? et de quel type de schizophrénie. C'est du cas par cas.

Anecdote :

Monsieur bipolaire, en UVA, apathique dans sa phase dépressive : on l'a fait intégrer le PASA. Régulièrement, il me disait « je suis mieux ici, au PASA ils sont tous dingues ».. On minimise... quelqu'un de valide qu'on ramène dans un EHPAD. Lui il est malade c'est pour ça qu'il est ici ! C'est pour ça que je suis ici ça veut dire que je suis malade.

2 types de réaction :

- Défense / parfois de la violence envers eux.
- Element moteur de la table : aucun souci

5. Quel est votre vision, sur la création d'unités de vie spécifiques et adaptées aux sujets âgés psychotiques, à l'instar des unités de vie protégées pour la maladie d'Alzheimer ?

Réponse :

Ca me fait penser aux prisons. Le meilleur moyen d'apprendre la délinquance c'est d'aller en prison. Mélange intensif.

Pas super fan de l'idée ! Mais il y a un semblant d'amorce de quelque chose.

Faire une unité : pas convaincu, il faut être ouvert d'esprit, on intègre pas assez d'éthique. Trop de représentations, de préjugés dans les pratiques de tout le monde. Il faut impliquer tout le monde. (AS/ AMP/ inf psy / médecin co / ergo ...)

De part mon métier, du cas par cas, on ne peut pas généraliser, ce qui va fonctionner avec l'un ne va pas fonctionner avec l'autre.

Au niveau de la psychiatrie, en EHPAD, manque de formation. Des formations que les équipes demandent et des formations qui peuvent être proposées par les établissements dans le cadre du plan de formation annuel.

Autre problème, le personnel commence à manquer de motivation, lié aux salaires qu'elles ont. Le personnel a besoin de valorisation.

6. Quels sont les moyens à mettre en oeuvre pour assurer la continuité des soins entre le secteur de la psychiatrie et les EHPAD ?

Réponse :

Le problème de la psychiatrie c'est la sectorisation. Selon le lieu d'habitation, vous ne serez pas dirigé vers le même établissement. Suivant la ou se trouve votre EHPAD, vous serez rattaché à tel CMP ou tel EPSM.

Solution :

Dans les CMP, il y a des infirmiers qui viennent et qui se déplacent en EHPAD. Les schizophrènes à Ecques sont suivis par des infirmiers psy du CMP de st Omer. Ils interviennent tous les 15 jours. Ils viennent avec une technique d'entretien plus particulière. Des techniques d'entretien plus carrées, adaptées.

A Longuenesse le suivi est plus compliqué . Une convention a été signée avec les infirmières psy du CMP de secteur, mais on les voyait rarement. Cependant, on pouvait les appeler d'urgence. Sauf que les choses se sont délitées et après ils sont moins venus. Tous les EHPAD sont en manque de partenariats.

Un schizophrène doit avoir un suivi. Le résident est là pour plus de 10 ans. Il faut qu'il ait des activités intra et extra institution. Pour cela, se rapprocher du secteur psychiatrique pour voir ce qu'il peut proposer.

Exemple : réaliser des Activités extérieures au CATTP, 1 après-midi par semaine.

- M. P fait du théâtre.
- Mme X fait de la chorale.

Le secteur psychiatrique souffre de la situation actuelle.

Des questions politiques et de financements : que vaut-il mieux, financer une journée d'EHPAD pour un schizophrène ou remettre autant d'argent dans le secteur psychiatrique. Par conséquent développer des structures : (embaucher du personnel en plus, réhabiliter des bâtiments...)

GRILLE D'ENTRETIEN

Monsieur Alain BOITRELLE, psychiatre centre psychothérapeutique du ternois
Le jeudi 14 juin 2018 à 11h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD »? L'objectif de cette rencontre : définir l'avenir des psychotiques âgés en EHPAD.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1. Quelle différence entre la psycho-gériatrie et la géro-psi-chiatrie ?

Réponse :

La différence est assez ténue. Je dirais peut être pour s'y repérer c'est le premier terme qui prévaut.

- Psycho-gériatrie : psychiatrie chez les personnes âgées
- Géro-psi-chiatrie : aspect gérontologique qui vient en premier, on s'intéresse à la personne âgée et à ses troubles psychiatriques.

La différence n'est pas très importante.

2. Comment expliquez-vous, l'accroissement ces dernières années de la population psychotique au sein des EHPAD ?

Réponse :

Il y a certainement en amont de leurs arrivées les difficultés des établissements hospitaliers : des réductions budgétaires successives, la perte des lits. Ce n'est pas les médecins qui veulent perdre des lits et diminuer le nombre des lits. Ils en ont besoins, ce sont les nécessités budgétaires.

A titre d'exemples : l'hôpital de Saint Venant a supprimé plus de 100 lits ces 2 dernières années. Pour le Ternois, (c'est un des secteur de l'hôpital du ternois). Il y en a 7, nous avons supprimé 10 lits sur 40 soit une suppression de 25 % de nos lits.

Il y a un effort considérable de notre part pour arriver à faire sortir des patients qui étaient hospitalisés pendant longtemps parfois et un effort considérable pour empêcher que d'autres patients n'arrivent et ne séjournent dans nos établissements.

3. Quelle est votre vision, sur l'accueil en EHPAD des patients psychotiques âgés?

Réponse :

Pour les patients psychotiques âgés, la psychose n'augmente pas forcément avec l'âge. Les troubles psychotiques ne s'aggravent pas forcément avec l'âge, peut être que même ils peuvent s'atténuer pour certains d'entre eux.

•Orientation en EHPAD :

Elle doit se faire avec un accompagnement, si ça vient des services de psychiatrie ou des secteurs de psychiatrie. Cependant parfois ils n'ont pas été hospitalisés, ils sont à domicile, il faut qu'il y ait une préparation à l'entrée en EHPAD.

En amont : Il faut voir si oui ou non les troubles du comportement qu'ils présentent **son** compatibles avec une orientation en EHPAD.

En aval, il faut que l'EHPAD puisse émettre un avis autorisé valable. Pour ça, il faut une commission d'admission. Pour les psychiatres, il faut jouer le jeu, il faut être honnête, il y en a qui sous évalue volontairement les troubles que présente le malade. Il faut que l'EHPAD s'entoure, prenne des précautions. Il faut une commission d'admission, dans laquelle doit être un médecin et il faut des éléments médicaux suffisants, et ne pas se contenter forcément de ce que l'on nous dit ou qui est écrit. Il ne faut pas hésiter à demander des éléments complémentaires et à rencontrer la personnes pour une visite de pré-admission sans engagement de la part de l'EHPAD.

Après, il faut en toute logique, que le service qui place le malade assure quelque chose après, qu'il puisse être en état de répondre aux demandes de consultations spécialisées dans un délai assez rapide. Nous ici on s'engage parfois si possible, le jour même pour le Ternois. On s'engage, on l'a d'ailleurs écrit aux directeurs des établissements : « Assurer un passage le jour même d'une infirmière et si besoin une consultation psychiatrique en urgence pour éviter la ré-hospitalisation ».

•Engagement de la psychiatrie de secteur :

Le placement ce n'est pas, je place quelqu'un est après je ne veux plus en entendre parler. Quand je place quelqu'un, je le connais depuis longtemps, parfois des années et je continue à m'en préoccuper et à participer à son devenir. Il faut assurer la continuité des soins après le placement. Nos infirmières visitent nos établissements, elles vont à Fruges, on visite plus de 10 maisons de retraite, 7 sur le secteur, fonctionnement avec une infirmière référente pour chaque structure. Elle est la référente des interlocuteurs qui sont présents : (la direction, les infirmières, le personnel, le médecin). On s'engage même à les reprendre en hospitalisation ou à les revoir en hospitalisation. A mon avis, si j'étais directeur EHPAD je demanderais au médecin qui m'oriente d'assurer un suivi après orientation.

Conclusion :

- Etablir des partenariats.
- Ne pas hésiter à rencontrer les gens s'il le faut.
- Assurer une présence infirmière.
- Recevoir les gens en osculations quand cela est nécessaire.
- Les reprendre en hospitalisation et sans rechigner si vraiment c'est nécessaire.

5. En quoi leur prise en charge diffère t-elle des autres résidents ?

Réponses :

D'une part, ils ont un traitement assez important que les autres n'ont pas. Un traitement qui agit mais qui a aussi des effets secondaires. Ces effets secondaires peuvent être parfois un peu gênants dans la vie de tous les jours. Ils peuvent avoir un aspect sédatif, donc la participation à des sorties, à des activités peut s'en trouver un peu compromises et rendues plus difficiles.

Après, ils ont un comportement qui parfois surprend avec un certain degré d'imprévisibilité et ça c'est inhérent à la pathologie psychotique. C'est plus vrai pour les vrais psychotiques. Ils ont plus rarement de l'agressivité, mauvaise tolérance aux frustrations, mais pas seulement eux qui présentent des choses comme ça, les retardés mentaux et il y en a en maison de retraite. Ils sont aussi difficiles à ce niveau là, les névrotiques aussi, ils réagissent mal.

Leur prise en charge médicale, leur accompagnement, leur comportement : il faut plus voir ça au niveau comportement, des troubles du comportement. Un des troubles du comportement que supporte difficilement les maisons de retraite, le personnel des EHPAD c'est l'agressivité. Il s'agit même d'un facteur rédhibitoire, mais il ne faut pas mentir sur le dossier.

Après il faut aussi une certaine continuité dans l'action, comme les personnes établissent leur domiciliation à leur maison de retraite « vous avez des petits malins », qui placent quelqu'un en maison de retraite et qui n'est pas dans leur secteur de psychiatrie et qui mentent sur le dossier. 3 jours après on nous avait dit que la personne n'était pas agressive et elle l'est beaucoup. Donc on n'arrive pas à la prendre en charge. Elle a acquis son domicile, ils faut voir avec le nouveau secteur (jeu de passe à ton voisin).

Pour l'EHPAD : attention, il faut demander un engagement du suivi de la personne. Moi si j'étais le directeur, j'aurais des interlocuteurs préférentiels avec des secteurs de psychiatrie dont je peux attendre une aide éventuelle à un certain moment.

6. Comment expliquez-vous les difficultés de cohabitation entre les résidents psychotiques et les autres résidents ?

Réponses :

Parfois l'agitation peut déranger, il est tranquille, les visons de table de chambres ne sont pas dérangés pendant les activités, si c'est une personne déambulante, agitée qui prend les affaires des autres moins bien toléré. C'est plus au niveau du comportement que de la pathologie, comportements et pathologies ça va un peu ensemble mais pas tout le temps. On peut avoir des pathologies lourdes. Exemple une psychose grave et un comportement qui ne pose pas bcp de problème et on peut avoir quelqu'un avec une patho très légère. Un Alzheimer peu dépressif mais qui déambule bcp.. Il faut voir ça avec un aspect comportemental, l'aspect comportemental simplifie la façon de voir les choses.

On peut dire c'est un psychotique, ou c'est quelqu'un qui a des comportements psychotiques. Il est dans une catégorie, il ne va plus en changer alors que si on dit que c'est quelqu'un qui a des comportements psychotiques, vous voyez la personne de façon différente, car un comportement peut se changer on peut agir dessus, en amont , en aval par conséquence, l'approche comportementale est très intéressante.

8. Quel est votre vision, sur la création d'unités de vie spécifiques et adaptées aux sujets âgés psychotiques, à l'instar des unités de vie protégées pour la maladie d'Alzheimer ?

Réponses :

J'ai un vécu, 40 ans de pratique ! Mettre ensemble des psychotiques, c'est psychotisant. Ils ne sont pas capable de parler l'un à l'autre. Ils sont tous dans leur monde. Ça va être psychotisant. Je ne suis pas pour regrouper les pathologies.

Au sein de l'EHPAD, qu'il y ait un espace, une unité pour les psychotiques pourquoi pas mais attention avec la remarque que j'ai faite.

Attention : Quand vous dépassez 30%, plus d'1/3 de malades psychotiques dans une structure ça devient difficile. Ils renvoient aux autres des comportements un peu particulier.

Qu'on le face en somatique ça se comprend, dans les services de traumatologie ... pourquoi pas. Mais psychiatrie cela me parait difficile.

7. Quels sont les moyens à mettre en oeuvre pour assurer la continuité des soins entre le secteur de la psychiatrie et les EHPAD ?

Réponse :

Nous avons des infirmières dont le travail est celui là, elles vont à domicile, elles vont dans les EHPAD, elle vont dans les établissements MDS. Il y a un intérêt réel qu'une infirmière du domaine de la psychiatrie, qui connaît déjà les patients, passent dans les établissements.

Rythme : 1 fois par mois c'est pas mal. Plus souvent si nécessaire. L'intérêt d'une infirmière, c'est qu'elle peut apprécier la situation, donner éventuellement des conseils et puis en référer au médecin du psychiatre qui est référent du malade depuis parfois longtemps.

La possibilité d'avoir une consultation rapide. Ne pas devoir appeler 3-4 fois et 1 mois après toujours pas de rendez-vous. En 1 mois la personne à eu le temps d'évoluer et a peut être été ré-hospitalisé. Il faut un délai rapide le jour même envisageable, mais au moins dans les 3 jours ou dans la semaine.

Il faut un bon relais, quand la personne est orientée dans un EHPAD de la région. il faut une synthèse infirmière qui permet de transmettre des données concernant le malade : son comportement ses habitudes, ce qu'il aime faire ou non, des allergies alimentaires si il a de la famille. Il faut une synthèse qui doit être un gage de bon travail, de réussite.

Des relations, se rencontrer, des échanges ? Après difficile de se voir régulièrement. Une rencontre à lieu après un problème sérieux ou dans le cadre de la réévaluation de la convention. Gestion du temps difficile.

Une équipe infirmière réduite dans le cadre des économies imposées, 8 infirmières qui travaillent sur l'ensemble des établissements partenaires et aux domiciles des patients pour une trentaine au total. Parmi eux, une 15^{aine} avec des relations privilégiées. Elles font un travail important à domicile, des consultations aussi au centre psycho, aller les voir à l'ehpad, plus intéressant que de les faire venir en consultation, on peut s'entretien avec les professionnels, voir leur cadre de vie , savoir ce qu'il se passer, comprendre mieux les choses.

Ont-elle un rôle de formation ? on pourrait l'imaginer. Mais trop couteux en temps et en énergie. C'est du travail ensemble, de l'informel. Parfois c'est même mieux que du formalisé, c'est du concret du cas présent.

C'est du partenariat, façon claire de le concevoir, plus encore il s'agit d'amis. On doit encore plus les respecter

J'ai un accueil privilégié des malades de mon secteur. On est dans la durée, peut être ça qui fait la différence ici dans notre milieu rural. on est stable, je suis resté ici 40 ans, on a un engagement vis à vis des gens. Si vous êtes correcte, il ne l'oublie pas et inversement.

7. Quels sont les moyens à mettre en oeuvre pour assurer la continuité des soins entre le secteur de la psychiatrie et les EHPAD ?

Réponses :

A un degrés de plus : quand j'étais responsable du Secteur de LILLERS, aussi le chef de pôle, j'avais rencontré la directrice de l'Ehpad d'Isbergue de la vie active.

J'avais un de mes médecins qui était intéressé pour intervenir en EHPAD. On avait proposé a la directrice que l'un d'entre nous travaille à l'EHPAD d'isbergue et passe chaque semaine faire de la consultation et de la formation de personnel dans le cadre de ce que l'on appelle pour les médecins publics une Activité d'intérêt général.

Il était rémunéré par l'ehpad et il intervenait dans le cadre de son activité hebdomadaire d'activité d'intérêt général. Il était sur 3h30 hebdomadaire. Il gérait toutes les situations. ou il y avait des aspects psychiatriques, il donnait un avis avec le médecin coordonateur, il était un peu « adjoint au médecin coordonnateur » pour émettre un avis dans les cas un peu plus difficile ou douteux. Il faisait aussi de la formation des professionnels.

Il faut avoir le temps de psychiatre, il y en a de moins en moins ils quittent de plus en plus les hôpitaux, ils ne s'y sentent plus bien, les médecins en général et plus bcp à l'aide dans l'hôpital tel qui est devenue, ils ont bcp moins de prérogatives, de poids, les psychiatres deviennent une denrée rare, on fait d'ailleurs appel aux retraités.

Dans des équipes, dans des endroits ou ils sont plus nombreux dans les secteurs on peut imaginer qu'il y ait l'un d'entre eux qui passe 1 fois par semaine dans un établissement type EHPAD sans y être rémunéré par l'institution concernée mais en le faisant dans le cadre de son travail de psychiatre public. Je l'ai déjà fait en 20 ans à la maison de retraite de Frévent et au foyer de Frévent dans le cadre de mon activité public. Il faut avoir le temps nécessaire, l'accord de principe du responsable, du chef de pôle, du chef de service.

GRILLE D'ENTRETIEN
Monsieur François DUPRIEZ, Psychiatre, Médecin chef de service
psychiatrie et addictologie CHAM
Le vendredi 15 juin à 14h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD »? L'objectif de cette rencontre : définir l'avenir des psychotiques âgés en EHPAD.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1. Selon vous, quel est le devenir du psychotique âgés vieillissants ?

Réponse :

L'hôpital ne devrait qu'être un passage.

Etymologique du terme « devenir » : venir de. Les psychotiques peuvent venir de la ville ou des hôpitaux.

Situation actuelle :

Si on recentre la population des psychotiques vieillissants :

- 1% de schizophrène en France ==> Seuil pour être un « problème de santé public »

Arrondissement Montreuil sur mer : 105 milles personnes

- 45 places en hospitalisation complète en psychiatrie (nombre de places au CHAM)
- 10 places : la structure d'accueil alternatif (SAS) (Camier)
- 15 à 20 schizophrènes sur les 2 établissements.

Orientation :

schizophrénie => orientation en EHPAD quand très vieux ou UHR.

Caractéristiques d'un psychotique:

La population atteinte de handicap psychique a une morbi-mortalité supérieure à la moyenne. Les causes sont :

- une mauvaise alimentation,
- ils fument beaucoup,
- ils sont très sédentaires,
- Des maladies : diabète, maladie cardio-vasculaire.

Ils vont avoir des complications et vieillir plus mal que les autres.

ATTENTION : ils se contentent d'un état précaire.

De plus, il ne fantasme pas comme nous. Il ne va pas pouvoir se représenter les choses.
Bonne **mémoire procédurale** et une **mauvaise mémoire dite de travail**.

2. Quels sont les moyens à mettre en oeuvre pour assurer la continuité des soins entre le secteur de la psychiatrie et les EHPAD ?

Suite de la réponse :

Elle supervisent et amènent une contribution aux équipes des EHPAD. Les équipes sont moins surprises du comportement du patient.

Les retours des équipes sont positifs. Le taux de ré-hospitalisation a effondré depuis la création de cette équipe. Elle intervient au sein des EHPAD du CHAM, depuis 2012 à hauteur d'une demi-journée par semaine.

Motifs courants de ré-hospitalisation :

- Violence et aussi la « bizarrerie »
- fugue / cri
- Le discours vécu comme inquiétant pour les professionnels

Aujourd'hui beaucoup moins de ré-hospitalisations. Les traitements sont adaptés avec le passage du médecin psychiatre.

Point positif : Les soignants et les aidants ont appris à interpréter « les signes » des patients. Aujourd'hui, les mêmes angoisses sont mieux gérées

Actuellement, ils font appel à l'hospitalisation quand le résident ne mange plus ou une altération de l'état général. Ce sont pour des stades plus graves.

+ Un psychiatre qui va toutes les semaines dans les EHPAD du CHAM.

On va vous accompagner dans l'accueil du patient psychotique. On va rester à votre disposition même s'il a plus de 75 ans lorsqu'il y a une décompensation.

Equipe de liaison : horaires : 9h-18h30 : les gens des structures de santé mentale en ligne qui vont pouvoir coordonner un interlocuteur.

CATTP : outils de réhabilitation psychosociale. Ce sont des activités thérapeutiques. Atelier cuisine / randonnée / marché du village. But développer l'autonomie. Le CATTP vit au travers des psychiatres et infirmiers par la réalisation d'activités thérapeutiques prescrites lors des consultations aux **CMP par le médecin**.

Pas l'objet d'un CATTP d'accueillir les psychotiques vieillissants.

2. Quels sont les moyens à mettre en oeuvre pour assurer la continuité des soins entre le secteur de la psychiatrie et les EHPAD ?

Réponse :

Un accompagnement des psychotiques possible : au prix des secteurs, des aidants, des CATTP et des infirmiers de ville.

+ **Equipe de secteur** : objectif d'éviter le nomadisme, tendance à bouger ou ne plus se faire soyer. Un psychotique est toujours suivi par la même équipe de secteur pour assurer la continuité des soins.

LE CMP : rôle de consultation. Les infirmières partent seule en visite à domicile. Médecin référent en CMP. Les visites aux CMP maintenues.

Une urgence bien gérée : coup de fil ==> infirmière de secteur envoyée. S'il faut déclencher une consultation en urgence ou un aménagement de la situation au sein de l'EHPAD

Urgence mal géré : ambulance / urgence de l'hôpital

Plus récemment on a créé une **équipe mobile précarité santé mentale**.

Elles est à destination des SDF et des personnes vivants dans les foyers. De plus, les personnes âgées sont en +++ situation de précarité, livré à la méconnaissance du personnel, de la maltraitance inconsciente.

3. Quel est votre vision, sur la création d'unités de vie spécifiques et adaptées aux sujets âgées psychotiques, à l'instar des unités de vie protégées pour la maladie d'Alzheimer ?

Réponses :

Si on alloue des moyens très particulier peut avoir un sens. Ils ne vivent pas entre-eux. Il va souvent être dans sa chambre. Fume bcp.

GRILLE D'ENTRETIEN

Monsieur Eric LAXENAIRE, Directeur Général, Clinique du Littoral + Cadre de santé

Le mercredi 27 juin à 10 h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre d'un Master II en Management à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur le thème « Spécificités de l'accueil psychiatrique en EHPAD »? L'objectif de cette rencontre : définir l'avenir des psychotiques âgés en EHPAD.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1. Quelle est votre vision, sur l'accueil en EHPAD des patients psychotiques âgés?

Réponse :

En général l'âge stabilise.

On ne retrouve plus :

- des affaiblissements intellectuelles
- peu ou pas d'agressivité contrairement à une démence.

Ils sont habilités et en capacité à rentrer en EHPAD.

Pour être bien accueillie dans la compréhension il faut :

- Réaliser la e-consultation (moins on les déplace mieux ça se passe) / Permet de répondre à l'absence de psychiatres pour des interventions épisodiques.

Manque de moyens, les médecins généralistes (1 fois par mois). Formé et un appui sur les consultations. Des cabines de e-consultation existent.

2. Les admissions des résidents psychotiques sont-elles ponctuées d'un renforcement en prévention des traitements psychotropes dont les neuroleptiques ?

Réponse :

Passé médicamenteux, injection retard (tous les 15 jours ou 1 mois).

Conduite à tenir, prendre un bain / plutôt médicament alors on peut atténuer des maux par une sortie, relaxation, ex : non maîtrise des molécules ==> la connaissance. Question de confiance avec, jouer vérité, faire un bilan habitude vie...

3. Comment assurez-vous la continuité des soins entre votre secteur : la psychiatrie et les EHPAD ?

Réponse :

Moyens humains absents: pas habitués par les outils. Intermédiaire de la e-santé. Se déplacer.

Retour en hospitalisation :

objectif : calmer la crise pour le re-stabiliser.

EHPAD lieu de vie.

L'hospitalisation c'est pour un soin spécifique.

Travailler en ambulatoire : infirmière une fois par semaine dans la structure estimation si psychiatre, navette ambulance pour aller en CMP, travailler en amont en terme de prévention, hospitalisations déstabilisantes. Si pas, augmenter la population en psychiatrie.

Expérience à Neuchâtel hardelot: deux demi-journées au CATTP (au début) quand leur autonomie le permet, ou en hôpital de jour 1 fois par semaine. Cela permet aux EHPAD d'avoir un lien ==> **préventif.**

4. Quel est votre vision, sur la création d'unités de vie spécifiques et adaptées aux sujets âgés psychotiques, à l'instar des unités de vie protégées pour la maladie d'Alzheimer ?

Réponse :

Diverses psychoses, plusieurs pathologies : ancien bipolaire, schizo, troubles paranoïdes ==> atténuation des troubles avec l'âge.

Forme de spécialité dans la maison de retraite. Avec le handicap psychique (ESAT) 99% de handicap psychique. Unité spécialisé permet d'avoir du personnel formé à ça. Remplis avec EPSM de St venant ==> EHPAD d'Isbergue.

SPÉCIFICITÉS DE L'ACCUEIL PSYCHIATRIQUE EN EHPAD

Le **vieillessement** de la population conduit à l'augmentation du nombre de personnes âgées ayant des pathologies psychiatriques. En France, les malades psychiatriques âgés de plus de 60 ans représentent 18 % de la population souffrant de troubles mentaux. De plus, l'élévation du niveau de dépendance, la diversité et la gravité des pathologies sont des évolutions qui confrontent les **EHPAD** à un défi médical, celui de l'augmentation des besoins en soins. Dans ce contexte en évolution, nous nous sommes posés cette question « Entre mythe et réalité, quel est le devenir des **psychotiques** vieillissants en EHPAD ? ». C'est au travers de recherches bibliographiques, d'une enquête et d'entretiens semi-directifs que nous tentons de répondre à cette problématique. Ce mémoire définit en premier lieu les termes et le champ de compétences de « la psychiatrie du sujet âgé ». Puis, il est présenté le contexte réglementaire de la psychogériatrie, les difficultés entre le **secteur** psychiatrique et médico-social et les dispositifs déployés pour y répondre. Nous avons ensuite présenté la méthodologie utilisée et l'analyse des résultats obtenus pour chacun des outils. Plusieurs difficultés ont été constatées dont la souffrance du personnel et la mise en place de partenariats trop fragiles. Pour finir, des pistes de réflexion et des pistes d'action sont présentées et développées dans le but de favoriser l'**orientation** et le maintien des psychotiques vieillissants en EHPAD et d'aider les professionnels d'EHPAD dans cette prise en charge spécifique.

Mots clés : Vieillessement, EHPAD, psychotiques, secteurs, orientation.

SPECIFICITIES OF THE PSYCHIATRIC RECEPTION IN EHPAD

The **aging** of the population is leading to an increase in the number of elderly people with psychiatric pathologies. In France, the psychiatric patients who are 60 years old represent 18% of the population suffering from mental disorders. In addition, the rise in the level of dependency, the diversity and the severity of the pathologies are evolutions that confront the **retirement homes** with a medical challenge, that of the increase needs for care. In this dynamic environment, we asked ourselves this question "Between myth and reality, what is the future of aging **psychotics** in long-term retirement homes? ".

Through bibliographic research, a survey and semi-direct interviews, we are trying to respond to this problem. This dissertation contains first and foremost the terms and scope of the psychiatry of the elderly subject. Then, it is presented the regulatory context of psychogeriatrics, the difficulties between the psychiatric and medico-social **field** and the devices to answer them. We then presented the methodology used and the analysis of the results obtained for each of the tools. Several difficulties were noted regarding the suffering of the staff and the setting up of too fragile partnerships. Finally, some lines of thought and courses of action are presented and developed in order to promote the **orientation** and maintenance of psychotic factors in nursing homes and to help retirement home professionals in this specific care.

Keywords : aging, retirement homes, orientation, psychotic, field.