



**EHESP**

---

**DESSMS**

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **octobre 2017**

---

**L'accueil des personnes en situation  
de handicap psychique en EHPAD :  
enjeux et motivations**

---

**Dina ROUSSEAU**

---

# Remerciements

---

Merci à Gilles BIANCO et à l'ensemble de l'équipe des Cardalines pour leur accueil, leur bienveillance et leur patience à mon égard. Apprendre au sein de votre établissement a su me faire aimer le métier merveilleux de Directeur et saura m'inspirer au quotidien.

Merci à Madame ROUSSEL pour son encadrement et ses conseils dans la réalisation de ce mémoire.

Merci à Madame BOHIC pour son soutien et son optimisme.

Merci à Monsieur LE DEUN pour son engagement dans l'organisation de notre formation.

Merci à Sébastien pour son amour, son soutien et sa patience pendant ces deux longues et trépidantes années de formation où le quotidien n'a jamais su laisser place à aucune forme de routine.

Merci à mes chers Parents, pour leur confiance, leur humanité et leur éducation qu'ils ont sues me transmettre et sans lesquelles les épreuves de la vie et du monde universitaire me seraient apparues bien plus vertigineuses.

Merci à Clément pour sa patiente relecture et ses conseils, éclairés par son regard de jeune, et futur grand, médecin.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Méthodologie.....	7
1. L'accompagnement en institution des personnes handicapées psychiques vieillissantes .....	9
1.1 La reconnaissance des difficultés sociales engendrées par la pathologie mentale	9
1.1.1 La reconnaissance de la situation de handicap .....	9
1.1.2 La qualification du handicap.....	10
1.2 L'accompagnement nécessaire des personnes handicapées psychiques en institution médico-sociale .....	12
1.2.1 La reconnaissance des droits des personnes handicapées.....	12
1.2.2 L'adaptation de la société aux besoins des personnes handicapées.....	13
1.2.3 La personnalisation de l'accueil en institution médico-sociale des personnes handicapées psychiques vieillissantes .....	15
1.3 La compétence de l'EHPAD public dans l'accueil des PA souffrant de handicap psychique .....	18
2. L'accompagnement des personnes handicapées psychiques en EHPAD .....	22
2.1 Les profils rencontrés des personnes handicapées psychiques en EHPAD .....	22
2.1.1 Une réalité non homogène de situations .....	22
2.1.2 Une qualité variable d'accompagnement.....	24
2.1.3 L'intégration au sein de l'établissement.....	27
2.2 Les limites et difficultés rencontrées lors de leur séjour.....	29
2.2.1 Les difficultés rencontrées par les résidents au sein de la structure .....	29
2.2.2 Les limites de l'accompagnement par des professionnels généralistes .....	30
2.2.3 Les difficultés liées à l'isolement de l'établissement .....	32
2.3 Les causes des carences de parcours rencontrées par les personnes handicapées psychiques.....	34
2.3.1 Une offre de soins psychiatriques carencée .....	34
2.3.2 L'absence de filière coordonnée en géro-psi-chiatrie.....	35
2.3.3 Le décroisement entre psychiatrie et gériatrie.....	37

3. Les possibilités d'adaptation des établissements pour une personnalisation de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques .....	38
3.1 Les préalables indispensables à l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques au sein de l'établissement .....	38
3.1.1 L'adaptation de l'établissement aux profils accueillis .....	38
3.1.2 La nécessaire maîtrise de l'admission des résidents .....	40
3.1.3 La formation en amont du personnel aux pathologies rencontrées.....	42
3.2 L'inscription de l'établissement dans un territoire de santé.....	44
3.2.1 Le nécessaire développement d'une solidarité et d'une communication professionnelle au sein du territoire de santé .....	44
3.2.2 Le développement et l'inscription de l'établissement au sein d'un réseau géronto – psychiatrique de territoire .....	46
3.2.3 La participation au développement de structures adaptées spécifiques sur le territoire	48
4. Conclusion .....	50
5. Sources et bibliographie .....	53
6. Liste des annexes .....	56

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAP : Appel à projet

AGGIR : Autonomie gérontologique groupe Iso-ressources

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CAT : Centre d'aide par le travail

CIF : Classification internationale du fonctionnement

CMP : Centre médico-psychologique

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESAT : Etablissement ou service d'aide par le travail

GEVA : Grille d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée

IDE : Infirmières diplômées d'Etat

IGAS : Inspection générale de l'action sociale

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACA : Provence-Alpes-Côte-d'Azur

PRS : Plan régional de soins

SAMSAH psy : Service d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap psychique

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SROMS : Schéma régional d'organisation des soins

SROS : Schéma régional d'organisation médico-sociale

## Introduction

Aujourd'hui, grâce aux progrès de la science, les personnes souffrant de pathologies psychiatriques vieillissent et il est estimé que 4 à 5 % des personnes âgées de plus de 75 ans sont concernées par une altération de leur santé mentale<sup>1</sup>. Ces troubles peuvent placer les personnes dans une situation de handicap qui nécessite un accompagnement en structure médico-sociale.

Les troubles psychiques ou troubles psychiatriques recouvrent « un ensemble d'affections et troubles d'origines très différentes entraînant des difficultés dans la vie d'un individu, des souffrances et des troubles du comportement. Les troubles psychiques touchent toutes les populations, sans distinction de sexe ou d'âge. Ces troubles peuvent être chroniques ou permanents »<sup>2</sup>. Deux grandes familles de pathologies se distinguent : les psychoses et les névroses qui recouvrent troubles anxieux, troubles du comportement, de l'humeur ou encore addictions. Ils touchent l'ensemble de la population, sans discrimination d'âge ou de milieu social et peuvent -dans 1% des cas- se traduire par une situation de handicap<sup>3</sup>.

Qu'entend-t-on par le terme de handicap et plus particulièrement par celui de handicap psychique ? L'usage du terme handicap apparait dans les années 1950 et son contenu évoluera jusqu'à la définition posée en 2005 par la loi<sup>4</sup> : « le handicap désigne toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques ». Parallèlement à la définition même du terme, se développent des classifications des handicaps. En 1980 tout d'abord, l'OMS propose une classification internationale des handicaps définissant le handicap, non pas au travers du problème de santé d'origine, mais par les conséquences qu'il emporte. Il est alors question de situation de handicap. Trois types de plans de caractérisation apparaissent : la déficience, c'est-à-dire l'aspect lésionnel qu'emporte le trouble, l'incapacité, qui se traduit par une réduction des capacités fonctionnelles et un désavantage social, qui correspond à une limitation du

---

<sup>1</sup> Enquête DRESS, Juin 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en EHPAD », Etudes et résultats, n°494

<sup>2</sup> RDC, Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement, [septembre 2017], disponible sur internet : <https://www.frcneurodon.org>

<sup>3</sup> UNAFAM, Le handicap psychique [juillet 2017], disponible sur internet : <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>. Il s'agit ici d'une estimation des associations spécialisées sur la question, et notamment l'UNAFAM. Il convient de noter la faiblesse des travaux de recherche français sur cette question et de souligner l'absence d'études statistiques rigoureuses sur la question.

<sup>4</sup> LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n°36 du 12 février 2005

rôle social de la personne. Suite à vingt années d'évolution, l'OMS publie, en mai 2001, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé -CIF- qui propose une nouvelle approche du handicap avec, comme volonté première, de ne pas « stigmatiser », notamment en faisant reconnaître la part de la responsabilité de l'environnement physique et humain dans la constitution des situations de handicap. Cette vision nouvelle distingue le handicap comme « résultante d'une interaction dynamique entre les problèmes de santé d'une personne d'une part et les facteurs conceptuels tels que ceux environnementaux »<sup>5</sup>.

Si les associations de familles<sup>6</sup> ont très tôt considéré les situations de handicap trouvant leur origine dans un trouble psychique, la consécration juridique du concept a dû attendre la Loi de 2005. Le handicap dont il est ici question trouve son origine dans la pathologie psychiatrique dont souffre le sujet et, en ce sens, se distingue du handicap mental. L'appellation « handicap psychique » fait l'objet d'un certain nombre de débats doctrinaux, considérant qu'il contrevient partiellement à la conception moderne du handicap qui met en avant une coresponsabilité de l'environnement, y compris humain, dans les situations de handicap et qui donc ne les réduit pas à leur origine pathologique. Dès lors, le choix de l'utiliser dans ce mémoire a fait l'objet d'une réflexion qui sera détaillée dans la première partie du développement<sup>7</sup>.

Dans le contexte général bien connu de vieillissement de la population, il est relativement récent de constater le vieillissement spécifique de la population souffrant de pathologies mentales. Grâce aux évolutions des molécules chimiques, à l'amélioration des prises en soins et des accompagnements des personnes souffrant de troubles psychiatriques, ces dernières connaissent aujourd'hui une espérance de vie plus longue et en meilleure santé. Aussi, se pose la question de l'accompagnement en institution de ces personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques : quelles sont les structures compétentes ? De quel secteur psychiatrique ou médico-social dépendent-elles ? Quel critère, l'âge ou le type de handicap, doit prévaloir ? Le rapport Charzat<sup>8</sup> souligne une particularité française intéressante : « il faut observer qu'en France, on est handicapé avant soixante ans et dépendant après [...] et cette question est particulièrement préoccupante pour les personnes handicapées vieillissantes ». Cette remarque, d'une grande pertinence, illustre la classification juridique qui s'opère, arbitrairement, en fonction de l'âge de l'utilisateur et non en fonction de ses besoins. Cette distinction a pour origine les cloisonnements

---

<sup>5</sup> D. VELCHE, P. ROUSSEL, Mars 2011, « La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique : effet de rhétorique ou perspective nouvelle ? », Ecole des hautes études en santé publiques.

<sup>6</sup> Et notamment l'UNAFAM

<sup>7</sup> Voir Titre 1 Sous-titre 1

<sup>8</sup> M. CHARZAT, Mars 2002, « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », Ministère de l'emploi et de la solidarité.

historiques, encore persistants aujourd'hui, entre les milieux sanitaire, psychiatrique et médico-social, et qui ne sont pas sans freiner la qualité de l'accompagnement des usagers de ces services. Face au vieillissement pourtant prévisible et désormais constaté des personnes handicapées psychiques, celles-ci se trouvent aujourd'hui en difficulté pour être accueillies en institution : les structures spécialisées dans l'accompagnement des personnes handicapées définissent souvent une limite d'âge maximum d'accueil dans leur politique d'établissement. Parallèlement, les psychiatres estiment qu'à partir d'une tranche d'âge allant de 50 à 60 ans, les personnes souffrant de pathologies psychiatriques ne relèvent plus du milieu hospitalier « puisqu'il n'y a plus besoin de recevoir des soins actifs, au quotidien » mais qu'ils nécessitent plus d'être dans un lieu de vie<sup>9</sup>. Reste alors les établissements spécialisés dans l'accueil des personnes âgées dépendantes -EHPAD- qui ne sont pas toujours enthousiastes – et c'est un euphémisme- à l'idée de prendre en charge ce public pour lequel ils ne s'estiment pas toujours compétents. Concernant les difficultés d'accueil par les hôpitaux psychiatriques, la question est en réalité plus celle de la priorité d'accueil en leur sein que celle du besoin en soins des personnes : en effet, les hôpitaux psychiatriques connaissent une telle baisse de leur nombre de lits depuis les années 1980 qu'ils sont contraints aujourd'hui de rationaliser leur activité en fonction de critères plus ou moins objectifs, parmi lesquels l'âge<sup>10</sup>. La psychiatrie reste, en France, un sujet éminemment politique et peu populaire : « l'image des patients souffrant d'un handicap psychique reste déplorable dans le public. Ils ont hélas à souffrir de silences, de préjugés profondément enracinés dans l'imaginaire collectif »<sup>11</sup>. Cet état de fait explique en partie le faible nombre de structures de long séjour adaptées aux patients chroniques souffrant de troubles psychiatriques, faiblesse qui ne se retrouve pas dans tous les pays. La Belgique, par exemple, dispose d'une offre d'hébergements adaptés conséquente qui lui permet même d'accueillir des citoyens français originaires des Bouches-du-Rhône !<sup>12</sup>

En tout état de cause, la psychiatrie se trouve dans une situation de tension telle que le recours à l'EHPAD reste souvent la seule solution pour accueillir les personnes souffrant de troubles chroniques et stabilisés dès lors qu'elles atteignent l'âge de 60 ans (55 sur dérogation). Ce, malgré la question persistante de savoir si ces personnes relèvent

---

<sup>9</sup> Entretien du 16/06/2017, Dr SI AHMED, géronto psychiatre, Hôpital du vallon, Martigues.

<sup>10</sup> IRDES, Données de cadrage : l'hôpital [juillet 2017], disponible sur internet : <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/hopital/nombre-de-lits-journees-et-durees-moyennes-de-sejour.html>. Le nombre de lits d'hospitalisation publics en psychiatrie est passé de 392 644 lits en 1981 à 256 051 en 2011.

<sup>11</sup> M. CHARZAT, Mars 2002, « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », Ministère de l'emploi et de la solidarité.

<sup>12</sup> Entretien Dr Si AHMED : l'hôpital d'Aix-en-Provence reçoit chaque année la visite de psychiatres belges qui viennent accueillir des patients originaires des Bouches-du-Rhône dans leurs établissements.

du soin puisque souffrantes d'une pathologie psychiatrique chronique, ou de la gériatrie du fait de leur âge...

Au sein de l'EHPAD Les Cardalines d'Istres (Bouches-du-Rhône), lieu de stage et d'observation, et lieu d'étude, il a été recensé cinq personnes sur 82 au total souffrant – et ayant souffert tout au long de leur vie d'adulte- de troubles psychiatriques. Notre étude distingue les personnes souffrant de démence (maladie d'Alzheimer ou apparentés) liée à l'âge qui ne seront pas évoquées ici, des personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques – personnes handicapées vieillissantes. Ces personnes sont particulièrement remarquables au sein de la structure du fait de leur profil, sensiblement différent de celui des autres résidents de l'EHPAD. Leur âge d'entrée au sein de la structure est en moyenne moins élevé : 60 à 70 ans selon les cas, contre 85 ans chez le reste des résidents, soit une différence de près d'une génération. Cette forte différence d'âge crée le contraste le plus visible au premier abord. Egalement, les résidents atteints de troubles psychiques présentent des troubles de la sociabilisation assez marqués ce qui, en plus de leur âge, contribue à les isoler des autres résidents et rend difficile leur vie en collectivité, allant parfois jusqu'à la rendre désagréable. Les activités proposées leur sont souvent étrangères et ils y participent rarement. De plus, ces résidents se voient souvent administrer des traitements psychiatriques lourds dont les effets secondaires peuvent altérer la qualité de leurs relations aux autres (effet de somnolence, sensation importante de faim, prise de poids...). En outre, du fait de leur pathologie, ils présentent souvent une vie sociale et familiale très réduite, avec parfois un parcours de vie jalonné et marqué par l'instabilité (hospitalisations, ...) ce qui interroge sur le regard qu'ils portent sur leur parcours en termes de niveau de maîtrise et de réalité du consentement. Ainsi, la question est de savoir si le choix leur a réellement été laissé, et même si leur consentement a été recherché, quant à leur placement en EHPAD.

Par ailleurs, ces résidents, du fait de leur pathologie, nécessitent des soins particuliers et très spécifiques, de l'ordre de la psychiatrie, auxquels les équipes de soignants ne sont pas toujours formées en EHPAD, et qui suscitent alors chez eux inquiétude de mal faire voir angoisse de ne pas savoir comment faire. Alors même que ces usagers arrivent relativement jeunes et sans trouble majeur de motricité, ils demandent souvent une attention particulière des soignants et impliquent une prise en soin très spécifique, bien loin de celle classiquement mise en place pour les personnes âgées, et qui peut être chronophage. Le soin psychiatrique est moins un soin technique – toilette, pansement, administration de médicaments...- comme c'est le cas pour les personnes âgées qu'un accompagnement psychologique, avec des temps de sociabilisation auprès des personnes concernées. La mise en place de « contrats », ou même parfois la gestion de phases de crises comme c'est le cas pour l'une des résidentes, atteinte de troubles

obsessionnels compulsifs, dont le fonctionnement est très ritualisé, ou pour un autre souffrant de troubles maniaco-dépressifs dont les phases critiques nécessitent une forte mobilisation des soignants. Il en résulte un très fort enjeu lors de l'admission de ces résidents : l'évaluation du degré de prise en soin qui sera nécessaire pour ces résidents. Il s'agit d'évaluer leur stabilité et la capacité de l'établissement à assurer pour eux un accompagnement satisfaisant.

De surcroît, les critères de valorisation de l'activité en EHPAD que sont l'évaluation de la dépendance au travers de la cotation GIR et l'évaluation du besoin de soin -PATHOS, ne permettent pas de valoriser les besoins en accompagnement de ces résidents qui pourtant mobilisent particulièrement les équipes. Dès lors, les directeurs, lors de l'admission, peuvent se montrer hésitants, pour ne pas dire réticents, craignant de supposés accès de violence, à accueillir au sein de leur structure ces types de profils pour lesquels ils n'estiment pas leur établissement préparé et dont ils évaluent difficilement les besoins en amont. Pour Joseph Magnavacca, directeur d'EHPAD dans les Hauts de Seine, la question ne se pose pas : « la psychiatrie et la maison de retraite sont deux mondes différents qui n'ont pas à coexister »<sup>13</sup>.

Pourtant, la question n'est pas si simple et il est délicat d'adopter une position aussi tranchée. Il en résulte une nécessité pour le directeur de s'interroger sur les possibilités d'accueil des personnes handicapées psychique au sein de son établissement. S'il est certain que l'hébergement de cette population entraîne des contraintes supplémentaires en termes d'organisation, de formation du personnel et d'adaptation, qui pourraient remettre en cause leur accueil, il n'en reste pas moins que ces personnes ont, en tant que personnes âgées et dépendantes, un droit d'accès aux EHPAD au même titre que tout citoyen. Ce, d'autant plus que les structures spécialisées de long séjour sont mal dimensionnées et ne peuvent que très rarement leur offrir une place. De plus, les principes érigés dans les lois de 2002<sup>14</sup> et de 2005 disposent que les personnes souffrant de troubles psychiatriques ou d'une forme de handicap soient intégrées à la cité. Il revient à la société de s'adapter aux personnes extra ordinaires et non pas à ces dernières de souffrir d'une exclusion résultant d'une vision restreinte de la normalité. Il incombe au directeur, accompagné des équipes soignantes et psychologiques, de mener une réflexion sur les capacités d'accueil et les moyens qu'il peut déployer pour permettre une admission convenable de ces profils.

---

<sup>13</sup> MALFATTO. E., Mars 2013, « Quand les « fous » vieillissent », Blogs Le Monde, [mai 2017], disponibilité : <http://emiliennemalfatto.blog.lemonde.fr/2013/03/14/quand-les-fous-vieillissent/>

<sup>14</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Au regard de ces éléments de contexte et des constats énoncés, quelles sont les possibilités d'accueil des personnes en situation de handicap liée à des troubles psychiques en EHPAD ?

## Méthodologie

Pour mener à bien ce travail d'observation, d'investigation, de recherche et de réflexion, une méthodologie rigoureuse a été mise en œuvre afin de donner des éléments de réponse et d'objectivation de la problématique. L'EHPAD autonome public « Les Cardalines » d'Istres a été le lieu d'étude principal et d'inspiration du mémoire.

Le travail initial a été un travail d'observation avec tout d'abord, l'étude des résidents et de leur intégration au sein de l'établissement mais également, l'observation des professionnels à leur contact et de l'organisation mise en place pour permettre l'accompagnement des personnes handicapées psychiques. En parallèle, des échanges informels avec les professionnels soignants et non soignants ont été facilités par des suivis de jour comme de nuit des équipes ainsi que la participation aux relèves, afin d'apprécier leur ressenti par rapport à la situation, mais également leurs manières de réagir par rapport aux personnes handicapées psychiques au quotidien. Parallèlement, les dossiers personnels des résidents concernés ont été étudiés, afin d'évaluer l'impact de leur pathologie sur leur comportement individuel et social<sup>15</sup>. Cette analyse a mis en valeur leur parcours institutionnel et de vie, en apportant un éclairage sur les éventuels séjours qu'ils ont pu effectuer en hôpital psychiatrique ou plus généralement leur parcours de vie.

Dans un second temps, des entretiens semi-directifs ont été menés avec des professionnels concernés, soit du fait de leur rapport avec la structure et donc pour leur connaissance et leur ressenti sur le sujet au sein de l'établissement, soit pour leurs compétences spécifiques en rapport à la question de l'accueil en institution des personnes handicapées psychiques. Les entretiens ont été réalisés à partir d'une grille<sup>16</sup> de questionnaires, adaptée au profil de la personne interviewée. Le mode d'entretien choisi leur laisse volontairement une grande liberté de parole et d'expression afin de ne pas influencer leur discours et recueillir un discours libre.

Sept entretiens ont été réalisés :

- un entretien avec le directeur de l'établissement,
- un entretien avec le médecin coordonnateur,
- un entretien avec le médecin gériatro-psychiatre du secteur,
- un entretien avec le médecin gériatre de l'hôpital de Martigues -Centre hospitalier de référence,
- un entretien avec le directeur de l'EHPAD de Saint-Chamas – EHPAD public voisin,
- un entretien avec le résident A - souffrant de troubles psychiatriques,
- un entretien avec le résident B – souffrant de troubles psychiatriques.

---

<sup>15</sup> Annexe 1 : Grille d'analyse thématique des données des résidents

<sup>16</sup> Annexe 2 : Grille d'entretien type pour les professionnels

L'entretien avec le géronto-psychiatre, particulièrement riche de contenu, a été retranscrit<sup>17</sup> et ajouté en annexe, les autres entretiens ont tous été enregistrés et traités méthodiquement<sup>18</sup>.

En parallèle, une bibliographie sur le sujet a été constituée et lue avec méthode grâce à une grille d'analyse de lecture<sup>19</sup>. Ces lectures<sup>20</sup> comprennent de nombreux supports : aussi bien des ouvrages littéraires de référence sur le sujet que des rapports écrits en réponse à des missions ministérielles confiées sur des sujets très spécifiques, comportant des objectifs étayés, faisant un constat d'actualité, des préconisations sur les orientations à prendre sur le sujet, ou encore des articles de doctrine et de presse nationaux ou étrangers. Le plan régional de soin -PRS, le schéma régional d'organisation sanitaire -SROS, et le schéma régional d'organisation médico-sociale -SROMS, ont également été consultés afin d'analyser l'importance et la variété de l'offre sur le territoire de l'EHPAD étudié.

Enfin, il m'a été donné l'occasion de participer au groupe de travail mené, au sein de l'EHPAD, sur la question de la construction de la résidence accueil senior, résidence destinée à l'accueil des personnes handicapées psychiques âgées stabilisées. J'ai puisé dans ce projet des orientations possibles à exploiter pour aménager l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en institution, qui seront développées en troisième partie.

---

<sup>17</sup> Annexe 4 : Retranscription de l'Entretien n°1 avec le Docteur SI Ahmed, Géroto psychiatre du secteur

<sup>18</sup> BLANCHET A. et GOTMAN A., 2006, L'enquête et ses méthodes, l'entretien, Paris : Armand Collin, 128 pages, p.9

<sup>19</sup> Annexe 3 : Grille d'analyse de lecture

<sup>20</sup> Voir. Sources et bibliographie

# **1. L'accompagnement en institution des personnes handicapées psychiques vieillissantes**

Les personnes atteintes de pathologies psychiatriques présentent très fréquemment des troubles de la personnalité qui rendent difficiles ou compliquent leur vie personnelle, et leur contact social. Il en résulte une forme de handicap qui peut rendre leur vie en autonomie difficile, dès lors, il est nécessaire de les accompagner au quotidien. Lorsqu'ils vieillissent, peu de structures leurs sont ouvertes et adaptées et les EHPAD restent bien souvent la meilleure solution d'hébergement, bien qu'ils ne soient pas, de prime abord, totalement adaptés pour les accueillir.

## **1.1 La reconnaissance des difficultés sociales engendrées par la pathologie mentale**

### **1.1.1 La reconnaissance de la situation de handicap**

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques souffrent toutes, à un degré plus ou moins élevé, d'une altération de la qualité de leurs relations sociales : les psychoses comme les névroses induisent des perturbations des rapports à soi comme à l'autre. Cela entraîne souvent des difficultés dans leur vie quotidienne, tant pour s'occuper d'eux-mêmes que pour vivre en société. Aux termes du rapport de l'inspection générale de l'action sociale - IGAS<sup>21</sup>- il existe différents critères de déficiences psychiques repris pour évaluer l'incapacité et la déficience des personnes handicapées<sup>22</sup>. Sont ainsi mesurés les troubles de la volition, ceux de la pensée, de la perception, du comportement, de l'humeur, de la conscience et de la vigilance, intellectuels, de la vie émotionnelle et affective et des expressions somatiques.

Le degré d'importance de ce phénomène est variable d'un individu à l'autre et est donc plus ou moins handicapant au quotidien. Cela entraîne des difficultés dans le cadre de la vie en société et ce, à tout âge, selon le moment où la maladie se révèle : les premiers obstacles peuvent apparaître dans le cadre de la scolarité ou encore dans celui du travail ou des relations sociales à l'âge adulte. Difficultés d'adaptation, altération du lien au temps, timidité, fonctionnements ritualisés et compulsifs, angoisses paralysantes, troubles de la concentration, ... sont autant de symptômes caractéristiques des pathologies mentales qui les handicapent au quotidien. Les troubles peuvent altérer leur autonomie : il est fréquent de relever comme symptômes des difficultés liées aux activités de la vie quotidienne :

---

<sup>21</sup> IGAS, F. AMARA, D. JOURDAIN-MENNINGER, M. MESCLON-RAVAUD, Dr G. LECOQ, Août 2011, « La prise en charge du handicap psychique », IGAS, RAPPORT N°RM2011-133P. P

<sup>22</sup> Décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles établissant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

maintien de l'hygiène corporelle, entretien du lieu de vie, nutrition et hydratation, ... ce qui nécessite un soutien extérieur et un accompagnement régulier, en fonction de la gravité du trouble. La compensation par la personne, accompagnée de son entourage, de ses incapacités est plus ou moins importante, et affectera donc à des degrés divers sa vie sociale et son autonomie personnelle.

Cette altération du lien à soi-même et aux autres caractérise les difficultés des personnes atteintes de troubles psychiques, qui les handicapent dans leur vie quotidienne et les désavantagent au sein de la société. C'est d'ailleurs ce qui entraîne la qualification de handicap de cette situation invalidante : il résulte de la pathologie mentale une situation de handicap.

### **1.1.2 La qualification du handicap**

Mais, la question qui persiste aujourd'hui est la qualification de ce handicap : la définition doctrinale tend à refuser l'usage du terme « handicap psychique » au motif qu'il n'est pas approprié et qu'il est plus juste de parler de situation de handicap liée à des troubles psychiques. L'ouvrage de Florence Weber, Handicap psychique : questions vives<sup>23</sup>, offre un très bel exposé des courants de pensée sur le sujet. Les divisions doctrinales au sujet de l'utilisation du terme « handicap psychique » sont nombreuses.

La thèse première tend à rejeter l'utilisation de cette expression en soulevant son antinomie : le handicap, par définition, est une situation – en opposition à un état- qui est la résultante combinée d'une altération de la santé d'une personnes d'une part et de facteurs contextuels tels que ceux environnementaux<sup>24</sup>. La qualification de « handicap psychique » réduit effectivement le handicap à la seule pathologie et ignore la responsabilité de la société dans le phénomène d'exclusion. De plus, cette expression est rejetée par plusieurs catégories professionnelles : certains spécialistes du handicap craignent régulièrement la confusion entre les personnes relevant d'une pathologie mentale et les personnes présentant un handicap mental, certains psychiatres réfutent également cette appellation, craignant la confusion entre la prise en soin psychiatrique et l'accompagnement médico-social, enfin, les usagers ont pu aussi exprimer leur désaccord quant à cette qualification.

A l'inverse, la seconde thèse soutient l'usage de la formule : portée en premier lieu par l'association UNAFAM<sup>25</sup>, elle visait à faire reconnaître aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques des droits sociaux similaires à ceux des personnes handicapées. Cette appellation a d'ailleurs permis de véritables avancées sur la question et a su convaincre nombre de spécialistes, notamment du monde de la psychiatrie, qui ont

---

<sup>23</sup> BOUCHERAT-HUE V., LEGUAY D., PACHOUD B., PLAGNOL A., WEBER F., 2016, *Handicap psychique : questions vives*, Erès, 392 pages.

<sup>24</sup> VELCHE D., ROUSSEL P., Mars 2011, « La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique : effet de rhétorique ou perspective nouvelle ? », *Ecole des hautes études en santé publiques*.

<sup>25</sup> UNAFAM : définition

vu les avantages en termes de moyens et de visibilité que pouvait leur apporter cette qualification. De la même manière, cette reconnaissance favorise l'accompagnement des malades qui ont pu jouir des effets de l'ouverture de la cité à leur égard. La lutte pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées portée par la loi de 2005 s'applique alors de manière équivalente à toutes les personnes en situation de handicap.

De plus, la reconnaissance du handicap lié à un trouble psychique ouvre aux personnes concernées la possibilité de bénéficier d'un accompagnement médico-social, et non plus exclusivement d'un traitement hospitalier psychiatrique qui ne devrait être réservé qu'à certaines phases de l'évolution de la maladie. L'hospitalisation en psychiatrie devrait correspondre à une situation nécessitant la mise en place d'un protocole de soins et ne peut en aucun cas être une situation pérenne. Des durées d'hospitalisations trop longues – sur plusieurs années- comme on peut encore le voir aujourd'hui interrogent sur les missions de celles-ci : l'hôpital n'est plus aujourd'hui, comme il a pu l'être un jour, un lieu d'hospitalité ou un asile... Il est un lieu de soin et de mise en place d'un traitement, pour la seule durée nécessaire. Il revient aux établissements médico-sociaux, d'assurer un hébergement pérenne et d'être un lieu de vie pour les personnes nécessitant de vivre dans un environnement protégé et encadré.

Le cas des personnes étudiées ici est celui d'usagers atteints de pathologies psychiatriques chroniques et stabilisées : elles n'ont donc pas vocation à vivre en hôpital, même si c'est encore souvent le cas. Le Docteur SI Ahmed, gériatro-psychiatre de l'hôpital du Vallon à Martigues, estime à un tiers le nombre de lits de son service occupés par des gens qui ne sont pas en besoin de soins actifs et quotidiens<sup>26</sup> mais qui ne peuvent être renvoyés chez eux du fait de leur manque d'autonomie. Dès lors, il est nécessaire que ces personnes soient accompagnées et qu'elles puissent vivre dans des structures adaptées. La reconnaissance du handicap leur ouvre les droits d'accès aux structures médico-sociales.

Ainsi, et bien que le terme « handicap psychique » n'apparaisse pas totalement satisfaisant, il sera utilisé dans ce travail malgré sa qualification peu rigoureuse. Ce choix sémantique est opéré malgré la contradiction évidente avec les courants actuels nationaux et internationaux de définition du handicap du fait de la lisibilité de ce terme pour le lecteur : l'expression présente une forme concise et est évocatrice pour le public. Les personnes interrogées – médecins psychiatres, médecins gériatres, directeurs, sur l'utilisation de ce raccourci sémantique l'ont trouvé évocateur et c'est bien ici le but premier de cet exercice, le rendre compréhensible. Le raccourci sémantique « handicap psychique » sera donc ici utilisé pour évoquer les personnes en situation de handicap liée à des troubles psychiques. Il convient bien ici de souligner que l'importance du qualificatif réside dans la mention de la

---

<sup>26</sup> Annexe 4 : Retranscription de l'Entretien n°1 avec le Docteur SI Ahmed, Gériatro psychiatre du secteur

situation de handicap qui donne au sujet la qualité d'usager nécessitant un accompagnement en institution médico-sociale et non plus uniquement le statut de patient relevant d'une unité de psychiatrie.

## **1.2 L'accompagnement nécessaire des personnes handicapées psychiques en institution médico-sociale**

Face à des personnes présentant une situation de vulnérabilité sociale, des difficultés d'adaptation dans la vie en société et dans leur autonomie personnelle, quelle réponse la société est-elle en mesure de proposer ? De quels droits ces personnes peuvent-elles jouir ?

### **1.2.1 La reconnaissance des droits des personnes handicapées**

La loi de 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, en nommant les « fonctions psychiques » au même titre que les fonctions « physiques » ou « sensorielles », consacre législativement la reconnaissance du handicap psychique et, en ce sens, ouvre les mêmes droits à toutes les personnes en situation de handicap. Il s'agit ici d'assurer aux personnes en situation de handicap les mêmes droits qu'aux autres citoyens, dans tous les aspects de la vie en société. Les personnes handicapées psychiques jouissent ainsi des mêmes droits que l'ensemble de la population. Il revient à l'Etat, et aux institutions publiques en premier lieu d'être exemplaires dans le soutien à la réalisation effective de ces droits. C'est l'essence même de la conception du service public que d'assurer à tous les citoyens une égalité de droits. Parmi ceux-ci, les droits sociaux fondamentaux nous intéressent ici particulièrement : droit à l'éducation, droit à l'accès au travail, droit à des moyens de subsistances ou encore droit au logement. En premier lieu, la loi prévoit d'ailleurs pour la personne handicapée, le « droit à la compensation des conséquences de son handicap » sans distinction des besoins soulevés<sup>27</sup>. Ainsi, cette compensation peut intervenir à n'importe quel âge et dans tous les aspects de la vie : de la scolarisation à l'accès à l'emploi, en passant par l'obtention de places en établissements spécialisés. Cette dernière question de l'accueil en structure spécialisée est bien évidemment le point qui ici retiendra notre attention.

L'objectif poursuivi par la loi de 2005 est de favoriser l'autonomie des personnes en situation de handicap, de leur permettre un accès à la vie ordinaire, en leur rendant accessible la société. La personne en situation de handicap ne l'est pas uniquement parce qu'elle est atteinte d'une incapacité, elle l'est aussi parce que la société n'est construite et pensée que pour les personnes « normales », cette normalité étant objectivement étroite et

---

<sup>27</sup> Article L.114-1-1 du Code de l'action sociale et des familles.

élitiste. Il revient donc à la société de s'ouvrir afin de permettre un accueil chaleureux à l'ensemble de ses membres. La loi s'attache particulièrement aux dispositifs de mise en œuvre concrète des droits qu'elle consacre : afin d'offrir aux personnes handicapées une chance d'accéder à l'autonomie, il convient de définir, de manière individuelle pour chacun, un projet de vie et un parcours de soin. Il s'agit alors d'identifier leurs besoins au regard de leur handicap et de leurs ambitions et, à partir de ceux-ci, de déterminer une réponse construite.

La frontière entre la pathologie mentale et le handicap psychique est forcément étroite et poreuse, dès lors, l'accompagnement des personnes concernées se doit d'être mixte et d'offrir une coordination entre la psychiatrie, où le patient est traité, et l'environnement médico-social. Les personnes souffrant de troubles psychiques présentent souvent une relative instabilité de leur état qui implique pour la réponse une forte capacité d'adaptation aux besoins. L'accompagnement de la personne résulte donc d'une articulation entre différents dispositifs. Le projet de vie en est le fil conducteur, il se traduit par un parcours de soins adapté au patient et par un aménagement du milieu afin de faciliter une vie autonome. Néanmoins, l'autonomie visée par la loi n'est pas toujours réalisable dans le cas des personnes handicapées psychiques qui ne peuvent pas toujours, malgré ces aménagements, se réaliser complètement seuls. Il convient alors de leur donner accès à une offre adaptée à leur situation de handicap psychique.

### **1.2.2 L'adaptation de la société aux besoins des personnes handicapées**

Si la loi crée les droits pour permettre aux personnes handicapées psychiques leur réalisation, elle ne crée pas des outils ou dispositifs nouveaux de prise en charge<sup>28</sup>. Il convient d'adapter les pratiques existantes, en prenant en compte les attentes de ce public. Pour permettre une bonne analyse des besoins, la grille d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée<sup>29</sup> -GEVA- a été adaptée en 2008 pour intégrer les critères particuliers aux personnes handicapées psychiques. Aux termes de l'article L.146-8 du CASF, « une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente. Sur la base de son projet de vie et de références définies par voie réglementaire, il est proposé un plan personnalisé de compensation du handicap ». Néanmoins, et peut être contrairement à ce qui aurait été nécessaire au vu de la carence constatée, il n'y a pas eu de création de structures dédiées à l'accompagnement des personnes handicapées psychiques : des places dédiées à leur accueil ont été spécifiquement aménagées au sein des structures existantes. Ce mouvement a pu être soutenu par les services d'accompagnement à la vie sociale -SAVS- et les services d'accompagnement médico-social pour adultes en situation de handicap

---

<sup>28</sup> IGAS, F. AMARA, D. JOURDAIN-MENNINGER, M. MESCLON-RAVAUD, Dr G. LECOQ, Août 2011, « La prise en charge du handicap psychique », IGAS, RAPPORT N°RM2011-133P.

<sup>29</sup> Article L.146-8 du Code de l'action sociale et des familles

psychiques -SAMSAH psy. Malgré le soutien de ces entités, la réponse au besoin d'accompagnement de ces personnes reste très difficile, particulièrement du fait de la très grande hétérogénéité des profils concernés et des besoins qui en découlent, mais aussi de la fréquente instabilité des situations, s'exprimant parfois par un rejet de toute aide. Une réponse unique est impossible à mettre en place, et une réponse type mais adaptable semble délicate à définir.

Pourtant, et ce malgré les difficultés, il revient à la société de présenter une solution aux personnes handicapées psychiques. Les structures publiques ont le devoir de se montrer exemplaires et de développer des moyens appropriés pour permettre l'intégration en leur sein des personnes handicapées. Le service public s'entend ici comme un mode d'organisation consistant à assurer, pour les personnes publiques, la prise en charge d'une activité d'intérêt général. Il revient à ces personnes d'organiser la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques et d'en assurer la réalité. Aussi, les établissements médico-sociaux publics sont-ils tenus de participer à cet effort et doivent-ils offrir aux personnes handicapées un accueil conforme aux exigences législatives. La doctrine considère majoritairement que les établissements médico-sociaux, quel que soit leur statut, remplissent bien une mission de service public<sup>30</sup>. Les établissements publics à vocation sanitaire et médico-sociale affirment leur engagement dans le respect des principes du service public et particulièrement dans les composantes d'égalité et d'adaptabilité. Le principe d'égalité devant le service public<sup>31</sup> implique que tous les citoyens doivent pouvoir avoir accès au service et être traités de façon équivalente aux autres usagers face à ce service. En ce sens, le service doit s'adapter et se réaliser en toute neutralité, en mettant en place les moyens nécessaires à l'accueil des personnes handicapées. De même, le service public doit répondre au critère de l'adaptabilité, c'est-à-dire qu'il ne doit pas présenter de rigidité face aux évolutions de la société, il doit conserver une certaine souplesse d'organisation pour s'adapter aux besoins des usagers.

Dès lors, il convient de définir quels sont les besoins des personnes handicapées psychiques en termes d'accompagnement, afin de savoir quels types d'institutions doivent ou peuvent les accueillir, pour ensuite envisager les adaptations à prévoir. Les affections mentales portent fréquemment atteinte à la vie quotidienne sociale et professionnelle des personnes : les psychoses, et notamment la schizophrénie, entraînent « une profonde perturbation de la pensée et des sentiments qui affectent la communication, la perception et le sens de soi, s'accompagnant de délires et éventuellement d'hallucinations, de repli sur soi, et d'indifférence aux problèmes quotidiens »<sup>32</sup>. Ces troubles peuvent provoquer la perte

---

<sup>30</sup> POINSOT O., nov-décembre 2005, « Les institutions privées et le service public de l'action sociale et médico-sociale, RGCT n° 37, p. 415-431.

<sup>31</sup> Déclaration des droits de l'homme et du citoyen -DDHC, Article 1<sup>er</sup>, 1789, Préambule de la Constitution de 1958

<sup>32</sup> IGAS, F. AMARA, D. JOURDAIN-MENNINGER, M. MESCLON-RAVAUD, Dr G. LECOQ, Août 2011, « La prise en charge du handicap psychique », IGAS, RAPPORT N°RM2011-133P.

des acquis et de l'autonomie. Les névroses, parmi lesquelles « les troubles dépressifs graves et les troubles maniaco-dépressifs, sont caractérisées par des épisodes alliant l'humeur triste avec la perte de l'intérêt et du plaisir, prolongés et souvent récidivants, alternant éventuellement avec des épisodes d'agitation et d'exaltation extrême ». Ces deux descriptions laissent entrevoir que, outre le soin pur relevant de la psychiatrie, les personnes atteintes de troubles psychiatriques suffisamment invalidants pour les mettre en situation de handicap, nécessitent un accompagnement dans leur vie quotidienne. L'un des effets premiers des maladies psychiatriques est le détachement de l'intérêt au corps et donc la perte de la conscience du besoin de prendre soin de soi. Il est impératif dans l'accompagnement de s'assurer que les besoins primaires -boire, manger, se laver ... sont réalisés. Egalement, la conscience du temps est souvent fortement altérée, elle peut même être inexistante, il convient alors d'apporter une routine ritualisée, un cadre aux journées. De plus, les rapports à l'autre et à la société se trouvent fortement altérés et un repli sur soi est fréquemment observé. La préservation du lien social devient alors un enjeu et une mission.

Lorsque la maladie mentale entraîne une incapacité handicapante, la personne n'est plus à même de prendre soin d'elle. Il est alors nécessaire de la suppléer dans cette mission, de l'accompagner, en veillant à maintenir le plus haut degré d'autonomie possible. L'accueil en institution doit donc se faire au sein d'un lieu de vie, et non pas de soin, capable d'offrir un accompagnement personnalisé.

### **1.2.3 La personnalisation de l'accueil en institution médico-sociale des personnes handicapées psychiques vieillissantes**

Considérant les différents besoins que peuvent présenter les personnes en situation de handicap psychique, il semble que le secteur médico-social soit le plus approprié pour assurer leur accompagnement. Le secteur médico-social peut se définir en opposition au secteur sanitaire. Il recouvre principalement deux grandes catégories d'établissements : les établissements pour personnes âgées et les établissements pour personnes handicapées. La loi du 2 janvier 2002<sup>33</sup> précise les missions d'intérêt général et d'utilité sociale des établissements médico-sociaux. Les catégories d'établissements reconnus comme médico-sociaux sont énumérés à l'article L.312-1 du CASF, toutefois, la qualification de l'établissement peut également s'apprécier au regard d'un faisceau d'indices matériels tels que « l'accueil d'un public vulnérable, des aménagements conçus pour prendre en compte cette vulnérabilité, une dépendance des personnes accueillies à des infrastructures collectives »<sup>34</sup>. Dès lors, les établissements médico-sociaux ont vocation à accueillir et

---

<sup>33</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>34</sup> LHUILLIER J.M., « De quoi les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont-ils le nom ? », RDSS 2010, p.123.

accompagner, dans leur enceinte, ou de manière ambulatoire, pour une durée plus ou moins longue, des personnes handicapées, dépendantes ou en situation d'exclusion sociale. Les personnes handicapées psychiques correspondent bien à la définition du public accueilli en établissement médico-social et peuvent, à ce titre, prétendre à une place en leur sein.

Les établissements assurent déjà l'accueil de personnes souffrant de handicap psychique. Selon le rapport Charzat, 12 900 adultes sont accompagnés par les CAT - centres d'aide par le travail, 1 200 en ateliers protégés, 5 800 en foyers d'hébergement, 840 en foyers à double tarification, 4 000 en foyers occupationnels et 580 en MAS – maison d'accueil spécialisé<sup>35</sup>. Ces quelque 25 000 prises en charge paraissent bien faibles au regard des 2,8 millions de personnes présentant un handicap psychique en France<sup>36</sup>, même s'il est certain que toutes les personnes handicapées ne nécessitent pas un suivi en institution.

L'accompagnement des personnes handicapées psychiques est principalement pensé pour les mineurs et pour les adultes en âge actif. La littérature mais aussi les dispositions législatives et réglementaires, s'intéressent essentiellement à la scolarisation des enfants et des adolescents ainsi qu'à l'insertion professionnelle des adultes. Il n'est fait que très peu de cas des personnes handicapées psychiques vieillissantes. C'est pourquoi précisément ici le sujet nous intéresse : face au vide juridique laissé, quelle attitude faut-il adopter ? Quelle structure médico-sociale est en mesure d'accueillir les seniors en situation de handicap psychique ? Quelle origine de la dépendance chez ces personnes prédomine alors : le handicap psychique ou l'âge ? Quid des personnes accueillies en établissements pour personnes handicapées atteignant l'âge de 60 ans ? La question essentielle doit être celle des besoins : quels besoins pour les personnes handicapées psychiques vieillissantes ? La dépendance liée à la maladie mentale est-elle additionnée d'une dépendance liée à l'âge ? Est-elle prédominante ?

Il convient de trouver l'établissement ou les services les mieux adaptés pour accompagner ces usagers et pour ce faire, il est nécessaire de mettre en regard l'offre de la structure et la demande de l'utilisateur. Les établissements médico-sociaux, s'ils doivent s'adapter et s'ouvrir à l'accueil des personnes handicapées psychiques gardent un cœur de métier et de compétence propre : un ESAT ne seront pas adaptés pour une personne qui n'est plus en âge ni en capacité de travailler par exemple, un foyer occupationnel ou

---

<sup>35</sup> DRESS, Enquête sur les établissements sociaux [1996], disponible sur internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

<sup>36</sup> INSEE HID, Enquête handicap, incapacités, dépendances [1999], disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380971>

une MAS pourront avoir choisi d'inscrire dans leur règlement intérieur une limite d'âge d'accueil et ne seront donc pas en capacité d'accompagner un senior...

La loi du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale promeut la personnalisation de l'accompagnement pour les usagers des établissements médico-sociaux. Cette personnalisation passe par l'affirmation et la promotion des droits des usagers d'une part et, d'autre part, la diversification des missions et des offres des structures en les adaptant aux besoins. Il convient donc de déterminer les besoins de chaque usager en élaborant son projet de vie. L'utilisateur devient le cœur du dispositif d'accompagnement, il est acteur de sa prise en charge. Il s'agit donc ici d'assurer à l'utilisateur son droit à la participation sociale. L'établissement est-il en capacité d'accompagner de manière satisfaisante le résident ? Sur quelles modalités du livret d'accueil, du contrat de séjour, du règlement de fonctionnement de l'établissement ou encore du projet d'établissement est-il possible de s'appuyer pour analyser la compatibilité du projet de vie de la personne avec la structure ? Quelle est la mission de l'établissement et en quoi celle-ci permet-elle de participer à la réalisation du projet de vie de l'utilisateur ?

La dimension de participation sociale des personnes présentant un handicap psychique est relativement nouvelle au regard de l'histoire de la psychiatrie où les notions de consentement ou de parcours de soin n'ont pas toujours été de mise. Jusque dans les années 1960, l'hôpital psychiatrique était un lieu de soin et un lieu d'hébergement. Les personnes souffrant de maladies psychiatriques chroniques étaient soignées et hébergées à l'hôpital, leur handicap n'était pas accompagné en structures médico-sociales. Le système des asiles publics a longtemps perduré, faisant peu de cas de la personnalisation de l'accompagnement. La perception de la maladie était alors extrêmement négative et les citoyens concernés étaient écartés de la société et donc peu visibles. La sectorisation psychiatrique<sup>37</sup> apparaît en rupture avec l'hôpital asile, et aura pour projet de garantir une offre de soin adaptée aux besoins des patients. Il est alors recherché de soigner le plus possible « hors les murs », c'est le début de l'accompagnement en ambulatoire. Aujourd'hui l'accompagnement extra hospitalier est de plus en plus développé : la diminution constante des lits de psychiatrie depuis les années 1980 témoigne du virage opéré en termes de prise en charge. Si les personnes souffrant de handicap psychique sont désormais mieux considérées et ne subissent plus d'hospitalisation systématique, elles restent tout de même très souvent dans la sphère de compétence du milieu sanitaire ; leur suivi étant souvent opéré par le centre médico psychologique -CMP- qui est toujours rattaché à l'hôpital du secteur. Pourtant, au vu de leur situation de handicap, leur accompagnement doit aujourd'hui être complété par les institutions médico-sociales qui s'attacheront au rôle

---

<sup>37</sup> Réforme initiée par une circulaire ministérielle du 15 mars 1960 signée par le ministre Bernard Chenot puis obtenue d'une assise législative du secteur psychiatrique avec la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 qui crée le secteur.

d'accompagnement social indispensable. Au regard de l'âge des personnes ici étudiées – les seniors, de plus de 60 ans donc, il convient de s'intéresser aux structures médico-sociales compétentes.

La loi du 11 février 2005 crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées -MDPH, compétentes pour coordonner et orienter le parcours des personnes handicapées, en fonction des capacités d'accueil sur le territoire où elles sont compétentes et en fonction des besoins de l'utilisateur. Les critères d'attribution diffèrent en fonction des structures d'hébergement, les établissements destinés aux adultes en situation de handicap leur sont ouverts, en principe, à partir de 20 ans et ne connaissent pas de limite maximum d'âge prévue par les textes. Toutefois, l'agrément des structures peut prévoir expressément un âge maximum. Si certains foyers acceptent sans limite d'âge les personnes handicapées psychiques, la plupart des structures destinées à l'accueil des personnes handicapées prévoient un âge maximum. Dès lors, dans la catégorie des établissements médico-sociaux, seuls les EHPAD sont, de fait, compétents pour accueillir les personnes âgées en situation de dépendance.

### **1.3 La compétence de l'EHPAD public dans l'accueil des PA souffrant de handicap psychique**

L'EHPAD a vocation à accueillir et accompagner des personnes âgées, de 60 ans ou plus, présentant une forme de dépendance. L'accompagnement en EHPAD doit se faire dans une recherche de maintien de l'autonomie du résident. Le résident vit à l'EHPAD, son domicile, et doit en ce sens jouir d'une certaine liberté d'organisation.

La mission des EHPAD est définie de manière très générale : il s'agit pour ces structures de recevoir des personnes vieillissantes, le critère de l'âge reste néanmoins très large puisque l'âge minimum requis est de 60 ans et peut même faire l'objet d'une dérogation à 55 ans. En réalité, la moyenne d'âge au sein des EHPAD en général, et plus particulièrement à l'EHPAD Les Cardalines est de 85 ans. Néanmoins, le critère légal d'autorisation reste le même. Les conséquences de l'âge sur les personnes sont très variables, particulièrement pour les personnes en situation de handicap qui connaissent souvent un vieillissement prématuré et peuvent voir les conséquences de l'âge, telles que la dépendance, apparaître plus tôt. Le second critère d'admission au sein d'un EHPAD est le critère de la dépendance. Celui-ci s'apprécie au regard d'une grille d'évaluation, la grille AGGIR, qui permet, au regard de critères d'analyse nombreux, d'objectiver le degré de dépendance et donc l'importance du besoin d'accompagnement. La grille AGGIR évalue la capacité de la personne âgée à accomplir dix activités corporelles et mentales et sept activités domestiques. Les activités corporelles et mentales sont dites discriminantes en ce qu'elles influent directement sur la détermination du GIR dont relève la personne âgée, les

sept autres activités sont qualifiées d'illustratives et sont alors renseignées à titre d'information complémentaire, afin d'éclairer la situation globale de la personne.

Activités corporelles et mentales (discriminantes)	Activités domestiques et sociales (illustratives)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société</li> <li>• Se repérer dans l'espace et le temps,</li> <li>• Faire sa toilette,</li> <li>• S'habiller, se déshabiller,</li> <li>• Se servir et manger,</li> <li>• Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale,</li> <li>• Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre,</li> <li>• Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie,</li> <li>• Se déplacer en dehors du lieu de vie,</li> <li>• Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires,</li> <li>• Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis,</li> <li>• Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants,</li> <li>• Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel,</li> <li>• Acheter volontairement des biens,</li> <li>• Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement,</li> <li>• Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir.</li> </ul>

*Activités évaluées dans le cadre du GIR*

Au regard de cette grille d'évaluation, il apparaît que les critères de dépendance discriminants pour les personnes en situation de handicap liée à un trouble psychique ne sont pas pris en compte à la hauteur de l'impact qu'ils ont sur les résidents, ce qui peut être dommageable pour leur accès aux structures de type EHPAD. En effet, c'est bien de la carence à réaliser ces activités que naît la situation de handicap des personnes étudiées ici. La pondération des critères discriminants et accessoires est peu favorable à l'accueil de

ce public : le niveau d'évaluation n'est pas tout à fait pertinent au regard de la situation. Cette remarque ne remet pas en cause leur accueil au sein des EHPAD néanmoins, l'influence sur le financement et les répercussions négatives que cela entraîne, notamment sur les volumes de personnel, éclaire partiellement sur les difficultés d'accès aux EHPAD des personnes handicapées psychiques. Aussi, il est intéressant de soulever ce point et de l'inscrire au titre des freins à l'accès aux structures des personnes handicapées vieillissantes<sup>38</sup>.

Conçus pour des personnes présentant une dépendance, les EHPAD disposent de moyens permettant l'accueil de personnes dépendantes. Les EHPAD sont des structures médicalisées grâce à la présence de soignants - médecin coordonnateur et infirmières - et sont donc en capacité d'apporter des soins techniques aux résidents. Egalement, les établissements sont dotés de personnels qualifiés pour l'accompagnement à la vie quotidienne : les aide-soignantes, les aides médico-psychologiques ainsi que les agents de service hospitalier. Souvent, un psychologue s'ajoute à l'équipe pour assurer le suivi et le soutien psychologique des résidents. A ces équipes dédiées au soin à la personne s'ajoutent un certain nombre de services destinés à soutenir les résidents dans les actes de la vie quotidienne. Ainsi, un service repas, un service lingerie et ménage, des animations sont proposés aux résidents qui peuvent en jouir à leur guise : en fonction de leur autonomie et de leur volonté d'y adhérer. La mission dévolue aux EHPAD est de permettre un accompagnement personnalisé et favorisant l'autonomie, tout en palliant le handicap lié à la dépendance en apportant des soutiens ciblés.

La limite de l'accompagnement en EHPAD réside dans le fait qu'il n'existe pas une mais des dépendances. Plusieurs réalités recouvrent le terme générique de dépendance et la difficulté rencontrée en EHPAD est bien de s'adapter aux besoins de chacun et de proposer un accompagnement personnalisé et individualisé conciliable avec la vie en collectivité. Pour permettre l'individualisation des accompagnements en EHPAD, les structures définissent avec chaque résident un projet de vie. Le maintien de l'hygiène corporelle est régulièrement un point sur lequel les résidents connaissent des difficultés soit parce qu'ils ne sont plus physiquement en capacité de le faire, soit parce qu'ils ne sont plus psychologiquement capables d'impulser la toilette. Partant, le travail de l'équipe sera dans le premier cas d'apporter une aide à la toilette, alors que dans le second cas il consistera à impulser et à motiver la toilette.

Les personnes en situation de handicap psychique ont besoin d'un accompagnement caractérisé par des soins techniques et des soins d'accompagnement à la vie sociale. Administrativement, elles se trouvent dans une situation de dépendance et

---

<sup>38</sup> Cf. 3<sup>ème</sup> partie

nécessitent un accompagnement pour pallier cette dépendance. En ce sens, l'EHPAD semble aujourd'hui être un lieu envisageable d'accueil puisqu'il offre ce type de prestations même si l'accompagnement social reste perfectible. Dès lors que la personne en situation de handicap psychique présente un état stabilisé, l'EHPAD dispose des moyens nécessaires à son accueil.

En France, l'âge prédomine dans l'orientation vers les structures : il y a des établissements pour les mineurs, différents pour le nourrisson, l'enfant et l'adolescent, des établissements pour les adultes actifs, et des établissements pour les seniors. Le critère du handicap tend à disparaître devant celui de la dépendance. « Après 60 ans, les limitations sont davantage associées au vieillissement qu'au handicap »<sup>39</sup> et c'est ce qui participe à la justification de la compétence de l'EHPAD dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques vieillissantes. De plus, le vieillissement des personnes handicapées, et particulièrement handicapées psychiques tend à être prématuré par rapport aux personnes ne présentant pas de troubles psychiques et donc la dépendance liée à l'âge peut déjà être assez marquée chez les sujets de 60 ans. Par ailleurs, l'intégration dans la cité, sans discrimination au sens de la loi de 2002 nous enjoint à considérer, sans discrimination, les admissions de personnes handicapées psychiques en EHPAD qui présentent finalement tous les critères requis – âge et dépendance- pour prétendre à une place.

La question de la discrimination est ici centrale, les personnes en situation de handicap psychique souffrent d'un très fort rejet au sein de la société en général, qui se matérialise particulièrement lorsque la question se pose de les accueillir en structures médico-sociales. Pourtant, il est plus que nécessaire aujourd'hui de développer des alternatives à l'hospitalisation, peu satisfaisante pour l'usager en ce qu'elle ne prend que partiellement en compte la dimension de l'aide au retour à la vie sociale. Le rapport Charzat insistait, dès 2002, pour qu'un ensemble coordonné d'actions et de partenariats se développe, en plaçant au centre le malade. Pour ce faire, « il faut combattre les a priori, informer pour transgresser les tabous. Les regards et les mentalités doivent changer pour que ces maladies soient mieux connues, acceptées et que cessent toutes attitudes stigmatisantes, culpabilisantes et d'auto-défense ».

Dès lors, il n'existe pas de justification pour refuser le dossier d'admission des sujets en situation de handicap psychique. La seule limite potentielle pour refuser leur admission en EHPAD serait une personnalité trop forte de la personne par rapport aux impératifs de la vie collective : une personne incapable de se conformer aux exigences posées par le règlement intérieur par exemple ou présentant des troubles et une agitation rendant difficile la vie en collectivité. Cette dernière exige en effet une certaine harmonie que la violence ou l'agressivité rendent difficile. Il convient donc d'apprécier, au moment de l'admission, la

---

<sup>39</sup> INSEE, Enquête Vie quotidienne et santé [Août 2009], n°1254

stabilisation de l'état pathologique de la personne qui doit s'observer au regard des capacités de prise en charge supportables par la structure. Toutefois, la violence n'est, loin s'en faut, pas systématisée chez les personnes souffrant de pathologies mentales et est donc à relativiser. Les plans « Psychiatrie et Santé Mentale »<sup>40</sup> successifs ont insisté sur la nécessaire lutte contre la stigmatisation des maladies mentales et la nécessité de développer l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux, en organisant notamment une offre de soins diversifiée, graduée et coordonnée. La loi de 2005 insiste sur l'accessibilité des personnes handicapées aux milieux de vie ordinaire. Aussi, prévoit-elle expressément l'accès à la scolarité pour les mineurs et l'accès à l'emploi pour les adultes actifs, par extension, ne devrions-nous pas considérer comme un droit l'accès à l'EHPAD pour les seniors ?

Ainsi, l'EHPAD, du fait de ses moyens d'accompagnement et, au regard des besoins des personnes en situation de handicap psychique, est un lieu cohérent d'accueil de ces personnes. Il satisfait aux exigences en termes de parcours et dispose de ressources lui permettant de s'adapter pour les accueillir, ce qu'il fait d'ailleurs régulièrement. Toutefois, quelle est la réalité de leur accueil dans ces structures, les établissements disposent-ils ou déploient-ils des moyens suffisants pour assurer un accompagnement de qualité ? Les personnes concernées sont-elles satisfaites de leur lieu de vie ?

## **2. L'accompagnement des personnes handicapées psychiques en EHPAD**

Au sein de l'EHPAD d'Istres, cinq résidents sur un total de 82 se trouvent en situation de handicap psychique. Leurs profils sont variés et il en résulte des modalités d'accompagnement spécifiques. S'ils représentent une faible proportion de la population accueillie, ils n'en restent pas moins une minorité remarquable du fait de leurs besoins spécifiques qui peuvent se révéler déstabilisants pour les équipes et l'organisation collective.

### **2.1 Les profils rencontrés des personnes handicapées psychiques en EHPAD**

#### **2.1.1 Une réalité non homogène de situations**

Le terme générique de handicap psychique recouvre une réalité multiple : les cinq résidents concernés présentent chacun des profils très différents qui, induisent un

---

<sup>40</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 ;

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008

accompagnement très spécifique. La description de chacun des résidents concernés permet de rendre compte de la réalité de ce qu'implique l'accompagnement en EHPAD des personnes en situation en handicap, tant pour eux que pour l'établissement. Egalement, cela permet de rendre compte de la dimension de la situation de handicap de chacun.

Le premier résident concerné – résident A- est arrivé au sein de l'EHPAD en 2014, à l'âge de 63 ans après avoir passé 7 années hospitalisé en psychiatrie. Son dossier renseigne l'hôpital psychiatrique Les Vallons, à Martigues, comme étant son domicile avant l'admission. Le résident n'a pas d'enfant ni de conjoint, il n'évoque qu'un cousin comme famille. Il est identifié comme souffrant de troubles bipolaires stabilisés par un traitement et de compulsions alimentaires. Il bénéficiait avant son entrée d'un suivi régulier par le psychiatre du secteur, qui a été à l'initiative de la proposition d'orientation en EHPAD, et qui le suit toujours depuis qu'il est entré par le biais de consultations externes. Le choix de l'orientation en EHPAD a été motivé : le patient était bien stabilisé en institution mais son retour à domicile n'était pas envisageable du fait du risque d'isolement social et du « souhait exprimé par le résident de vivre en maison de retraite »<sup>41</sup>. Son arrivée en 2013 a été accompagnée : il a pu bénéficier de consultations externes régulières, tous les deux mois, pendant sa première année d'admission puis, depuis 2014, il est vu une fois par an par le psychiatre du secteur. Suite à la réception de son dossier monté par l'équipe de l'hôpital, son admission a été validée par le Directeur de l'EHPAD pour qui l'élément déterminant était sa stabilité et sa non agressivité.

La seconde résidente - résidente B – est âgée de 70 ans et est entrée au sein de l'établissement à l'âge de 65 ans, en 2012. Elle est diagnostiquée comme étant atteinte de névrose anxieuse et obsessionnelle mais refuse de suivre un traitement, elle est également souffrante d'anorexie mentale sévère qu'elle conteste et qui lui a valu plusieurs hospitalisations en urgence. La résidente n'a pas de famille proche si ce n'est une cousine qui vient lui rendre visite régulièrement. Avant son entrée, elle était soignée au sein d'une clinique psychiatrique pour un syndrome dépressif aigu. Elle a développé de nombreux rituels liés à sa névrose obsessionnelle qui, s'ils sont bouleversés, entraînent des accès d'humeur très importants. Elle a vu une fois le psychologue de l'établissement qu'elle refuse depuis de rencontrer et n'apprécie pas le médecin coordonnateur avec lequel elle ne souhaite plus avoir de contact. Son médecin traitant a récemment demandé à se retirer du fait des difficultés qu'il a pu rencontrer dans le suivi de son cas. Madame B est d'un caractère très changeant et peut très vite devenir agressive, elle est de plus extrêmement exigeante en termes de soins, ce qui l'a souvent menée à être en rupture avec les soignants qui l'accompagnent. Le dossier d'admission a été réalisé lors de son hospitalisation en clinique et n'était pas totalement objectif quant à l'état psychiatrique de la résidente aussi n'a-t-il pas semblé nécessaire de mener plus d'investigation au moment de son acceptation.

---

<sup>41</sup> Dossier résident A

La troisième résidente – résidente C – a été l'une des premières résidentes de l'établissement qui était à l'époque un hospice, à l'âge de 54 ans, soit depuis 27 années. Elle présente des antécédents psychotiques qui lui ont valu un parcours de vie adulte en hôpital psychiatrique. Elle a eu 8 enfants qui lui ont été enlevés à la naissance par les services sociaux du fait de son incapacité à prendre soin d'eux. Une seule de ses filles vient lui rendre visite de temps en temps et lui apporter les effets personnels dont elle a besoin. Son admission s'est déroulée alors qu'elle présentait un état stabilisé.

Le quatrième résident – résident D- a été admis en juillet 2016, à l'âge de 78 ans. Il est décédé 8 mois plus tard. Il présentait alors un syndrome maniaco-dépressif stabilisé. Dans le mois suivant son admission, son état psychique s'était dégradé, le rendant dangereux pour lui-même et pour le personnel. Le résident avait deux enfants, un fils et une fille qui n'étaient plus revenus le voir depuis son admission, et ce malgré les appels de la cadre de santé et du médecin coordonnateur quand son état s'est dégradé et qu'il a fallu envisager un nouveau type de placement, dans une structure mieux adaptée. L'admission s'était faite rapidement : le médecin coordonnateur, qui était aussi de longue date son médecin traitant, s'était porté garant de la stabilité de son état et avait insisté pour qu'il soit accueilli. Le résident est décédé suite à un accès d'agitation aigu pendant lequel il s'était jeté, la tête la première sur le sol du haut de son lit aux urgences alors qu'il y avait été envoyé pour un avis psychiatrique, et ce, malgré les recommandations de l'équipe soignante de l'EHPAD de le maintenir contentionné. Le résident D n'avait pas connu d'hospitalisation en milieu psychiatrique, le suivi était assuré par son médecin traitant tout le long de sa vie. Ses troubles se sont aggravés en vieillissant.

Le cinquième résident – résident E- est âgé de 71 ans, il est présent au sein de l'établissement depuis 5 ans et a une fille qui vient le voir chaque semaine. Il est atteint d'un syndrome anxio-dépressif avec glissement. Son état tend à s'aggraver avec l'âge. Il a effectué un séjour en psychiatrie à 53 ans, pendant 3 mois. Son admission s'est faite sans poser de questions particulières.

Les profils de résidents sont assez variés, ils présentent néanmoins tous la particularité d'être entrés jeunes au sein de l'établissement : la moyenne d'âge d'entrée de ces cinq résidents est de 65 ans, contre 85 en général. Ils sont arrivés en EHPAD du fait de leur incapacité à vivre seul et en autonomie chez eux, du fait donc de leur besoin en accompagnement.

### **2.1.2 Une qualité variable d'accompagnement**

La personnalisation de l'accompagnement des résidents se fait dès l'admission. En effet, c'est le premier moment où se pose la question de savoir si la personne pourra ou non s'intégrer dans l'établissement et s'y épanouir. L'admission est donc un moment essentiel pour apprécier si l'EHPAD sera en capacité d'accueillir la personne de manière

satisfaisante. En amont, une visite de pré-admission permet une première rencontre, entre le futur potentiel résident et l'équipe de direction, qui offre un premier échange sur les besoins du résident et le potentiel d'accueil de l'établissement. Or, l'EHPAD les Cardalines n'avait, au moment où il cinq résidents concernés ont été admis, ni visite de pré-admission, ni commission d'admission. Il en a résulté à l'entrée, une mauvaise connaissance du profil du résident accueilli : les dossiers sont plus ou moins bien renseignés et surtout plus ou moins précis. Les services de psychiatrie dont proviennent les résidents n'évaluent pas forcément de la même manière la gravité des troubles et leur impact dans le quotidien, soit parce qu'ils y sont habitués, soit parce que, les gérant mieux, ces troubles sont moindres. Par ailleurs, il arrive fréquemment que les troubles d'origine psychiatrique soient minorés pour favoriser une entrée rapide en établissement.

L'absence de procédure d'admission formalisée souligne une vision faiblement définie de l'orientation de l'établissement par l'équipe de direction : l'absence de critères établis traduit un projet d'établissement peu vivant et se traduit par une faible personnalisation de l'accompagnement. Pourtant, l'admission représente un véritable enjeu tant pour l'établissement que pour ses usagers : au travers des profils admis se dessine le cadre de la politique de l'établissement et de l'orientation que souhaite donner le directeur. Néanmoins, même si la procédure d'admission n'était pas strictement formalisée, les admissions faisaient tout de même l'objet d'une réflexion par le directeur et l'agent administratif en charge des résidents. En revanche, le médecin coordonnateur, le psychologue et la cadre de santé n'étaient que peu associés. Les dossiers des personnes en situation de handicap font l'objet d'une étude visant à définir si les demandeurs présentent un état stabilisé, s'ils observent une prise régulière et rigoureuse de leur traitement et s'ils ne sont pas violents. Dès lors que ces critères sont remplis et qu'ils disposent de l'âge requis, ils peuvent prétendre à une place au sein de l'établissement et c'est d'ailleurs ce qu'il s'est passé pour les résidents étudiés. Toutefois, ce système a montré ses limites : le résident D a été admis sans même que l'équipe de direction ait eu connaissance de ses antécédents psychiatriques du fait de l'appui du dossier par le médecin coordonnateur au moment de l'admission. De la même manière, la résidente B a été admise sans que l'établissement ait eu connaissance de ses troubles obsessionnels ou de ses humeurs fluctuantes, alors même qu'elle sortait d'une clinique psychiatrique.

Par ailleurs, l'arrivée en EHPAD n'est pas toujours le fruit d'un choix objectif et consenti du résident, ce qui peut altérer la qualité de son accompagnement. L'arrivée en EHPAD suite à de longues hospitalisations en psychiatrie, à quelque 60 ans interroge sur le parcours de la personne : s'agit-il d'un choix librement consenti par le résident ou ce choix a-t-il été influencé par l'hôpital cherchant à libérer des lits pour des personnes plus en besoin de soins actifs ? La personne en situation de handicap psychique n'a-t-elle plus

besoin d'un suivi psychiatrique quotidien comme elle pouvait en bénéficier depuis plusieurs mois voire plusieurs années d'hospitalisation ? Le Docteur Si Ahmed, psychiatre et gériatopsychiatre du secteur considère en effet que les « chroniques », c'est-à-dire les personnes atteintes de pathologies psychiatriques chroniques et stabilisées par un traitement n'ont pas nécessairement à se trouver en hospitalisation longue mais que, du fait de l'absence de place au sein de structures médico-sociales pour les personnes handicapées psychiques et, au regard de leur incapacité à vivre seules dans un logement privatif, les hôpitaux sont contraints de les garder. Cet état de fait est en tout point insatisfaisant : autant pour l'hôpital qui voit ses places embolisées et qui ne peut satisfaire aux demandes des autres patients, souvent plus urgentes, que pour les usagers qui se trouvent vivre à l'hôpital alors même que l'établissement n'est pas pensé en ce sens. L'arrivée à l'âge de 55 – 60 ans représente une véritable ouverture pour les services psychiatriques puisque les résidents sont désormais aptes à postuler pour une place en EHPAD. Les hôpitaux psychiatriques sont véritablement désarmés face au manque de places d'accueil médico-social pour leurs patients en situation de handicap psychique qu'ils ne peuvent confier à des structures d'hébergement adaptées.

L'accueil des personnes en situation de handicap psychique au sein de l'EHPAD est peu réfléchi du point de vue de leur suivi psychiatrique. Leur accompagnement est calqué sur celui, classique, des personnes âgées dépendantes et est donc souvent circonscrit aux soins habituels : prise de médicaments, kinésithérapie, aide à la toilette, accompagnement des repas... Mais la prise en soin psychiatrique est souvent ignorée et donc non incluse dans le projet personnalisé. Pourtant, ces résidents, du fait de leurs troubles, ont besoin d'un suivi psychiatrique régulier. La configuration de l'EHPAD se prêterait parfaitement à un suivi régulier par le centre médico-psychologique -CMP- du secteur mais la saturation de ce dernier l'oblige à orienter ses priorités en direction des publics jeunes. Le suivi par le psychologue de l'établissement n'était pas concentré sur ces profils-là alors que des consultations régulières auraient pu permettre de pallier le manque de suivi.

Malgré cette absence de suivi formalisé, les équipes veillent à s'adapter aux habitudes des résidents, même si cela peut désorganiser leur travail. La résidente B par exemple qui souffre de nombreux troubles obsessionnels compulsifs bénéficie d'un accompagnement tout à fait personnalisé : complètement alitée du fait de la faiblesse physique générée par son anorexie, elle ne peut se rendre seule aux toilettes où elle souhaite se rendre à heures fixes du jour et de la nuit. Les soignants s'organisent pour rendre cela possible, même si cela se révèle très contraignant pour eux et pour les autres résidents. Elle souhaite également que son environnement soit toujours organisé de la même manière et peut avoir des demandes relativement atypiques comme un certain nombre de verres d'eaux remplis à sa disposition. Les soignants s'exécutent pour accéder

à ses demandes. Pourtant, si cette prise en charge est conforme à l'idée de personnalisation de l'accompagnement, elle est peut-être moins satisfaisante du point de vue de la psychiatrie. Aussi, un suivi par des équipes mieux formées permettrait d'améliorer ou d'ajuster les protocoles de soins et d'accompagnement au profil du résident. Un accompagnement psychiatrique du résident aurait pu aider les soignants, souvent très déstabilisés par ses demandes incessantes et son agressivité, à mieux l'encadrer et la prendre en charge. Egalement, le résident E présente un syndrome anxiodépressif extrêmement marqué qui l'isole fortement : il reste dans sa chambre en permanence et refuse parfois même d'en sortir pour le repas de midi. Il est probable qu'une stimulation de la part des soignants pourrait être mise en place. A l'heure actuelle, ces derniers respectent son rythme et sa volonté, se conformant aux pratiques conseillées dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées mais cela correspond-t-il vraiment aux modalités d'accompagnement en psychiatrie ?

Les profils atypiques pour un EHPAD des personnes en situation de handicap psychique rendent difficile, pour les professionnels non formés, d'apporter un accompagnement adapté. Les soignants ne sont pas formés en ce sens et se retrouvent souvent désemparés face aux comportements des résidents. Les traits de caractère marqués des résidents en situation de handicap psychique sont souvent à l'origine des difficultés de prise en charge et peuvent rendre leur intégration au sein de l'établissement plus délicate.

### **2.1.3 L'intégration au sein de l'établissement**

Les résidents en situation de handicap psychique présentent un degré d'intégration variable.

Lorsque les personnes concernées sont interrogées au sujet de leur séjour au sein de l'établissement, c'est en général la satisfaction d'y être qui prédomine. Le résident A, lors d'un entretien a très clairement exprimé son contentement de vivre au sein de la structure et souligne la bonne entente qu'il entretient avec tous les membres de l'établissement, professionnels comme usagers. De la même manière, la résidente C, qui vit là depuis 26 années, est parfaitement adaptée dans cette maison qui est la sienne et où elle a sympathisé avec tous. Malgré ses plaintes et colères répétitives, la résidente B ne souhaite en aucun cas aller vivre ailleurs : elle dit se sentir très bien dans cette résidence et apprécie beaucoup le personnel. Le résident E ne s'exprime que très peu, il est la plupart du temps enfermé dans un silence dont il ne sort que lorsqu'il lui est demandé de sortir de sa chambre. Quand la question lui est posée par sa fille de savoir s'il se plaît au sein de la structure, il semble avoir un avis positif et regrette seulement la qualité des repas qui n'est pas à son goût. Seul le résident D se plaint de son séjour et souhaite quitter l'établissement

au sein duquel il n'est pas à l'aise et se sent frustré : il a le sentiment d'y être privé de liberté et n'apprécie pas le personnel avec lequel il peut se montrer violent.

Par ailleurs, comme cela a déjà été évoqué, ces résidents sont bien plus jeunes que le reste des résidents. Ils forment une minorité du fait de leur meilleure forme physique et de leur apparence moins marquée par l'âge. Dès lors, leur profil attire l'œil et cela tend à souligner leur situation de handicap. Le résident A était régulièrement discriminé et rejeté par certains des autres résidents dont l'une en particulier avait pris l'habitude de le qualifier de « fou ».

Egalement, la différence d'âge de près d'une génération entraîne des difficultés dans l'organisation de l'accompagnement collectif. Les activités proposées dans le cadre de l'animation ne sont pas adaptées à un public jeune et parfois en forme physiquement. L'exemple le plus criant du décalage générationnel est celui des activités musicales qui font souvent honneur aux chansons de jeunesse des résidents « classiques » : les chansons populaires des années 1930 paraissent souvent bien désuètes aux yeux des résidents d'une soixantaine d'année. De même, les activités sont souvent pensées pour des personnes présentant une faible forme physique : la gymnastique douce paraît être une activité peu appropriée pour des personnes en pleine capacité de leur corps et relativement actifs. Une seule exception dans les animations proposées : une fois par mois, Monsieur A est accompagné par un animateur pour aller se promener en ville et faire les courses dont il a besoin.

Par ailleurs, les résidents en situation de handicap psychique présentent souvent des troubles de la sociabilisation assez marqués : Monsieur A n'aime guère la compagnie des autres résidents et s'isole tous les après-midis dans sa chambre, le matin il reste néanmoins actif et il est courant de l'apercevoir au détour d'un couloir serrant les mains familières. Madame B refuse de participer aux activités collectives qui lui déplaisent, elle refuse également de se lier avec les autres résidents, à l'exception de Monsieur A avec qui elle entretient une relation cordiale pendant les repas. Mais, paradoxalement, elle est parvenue à se procurer le numéro de téléphone de tous les services de l'établissement – accueil, cuisine, infirmerie, service technique, lingerie – et se plaît à les appeler tout au long de la journée pour discuter avec les différents membres du personnel qu'elle connaît tous très bien. Madame C passe ses journées à dessiner - son activité préférée – et connaît parfaitement l'ensemble des professionnels depuis des années et auxquels elle est très attachée – ce qu'ils lui rendent bien, leur témoignant régulièrement des marques d'affections. Elle ne lie, en revanche, que peu de liens et de communication avec les autres résidents. Monsieur D refusait systématiquement tout lien avec les autres résidents, dès son second mois de présence au sein de l'EHPAD : refus systématique de se rendre aux repas, aux animations. Il ne supportait pas non plus les membres du personnel avec lesquels il se montrait extrêmement agressif.

Il résulte de tout cela une faible participation de ces résidents à la vie collective à laquelle ils sont peu intégrés, et donc un certain isolement. Alors même que leurs pathologies exigent souvent une stimulation externe, ils ne bénéficient pas ou peu du potentiel que la vie en collectivité pourrait théoriquement leur apporter. Le personnel soignant n'a qu'une faible connaissance des modalités de prise en charge qui pourraient leur être apportées pour les encourager dans le sens de plus d'intégration. Les infirmières n'adaptent pas particulièrement leur prise en soin et ne mettent pas en place de protocoles de soins spécifiquement adaptés à leur pathologie : point positif puisqu'ils ne sont pas discriminés, et négatif, puisque leur accompagnement n'est pas personnalisé. Les résidents en situation de handicap psychique ne bénéficient d'un accompagnement d'ordre psychologie. En réalité, cet état de fait souligne plutôt la faiblesse de la formation des soignants en la matière. Plus encore, certains résidents comme Madame B et Monsieur D qui, tous deux présentent la plus forte agressivité, apparaissent comme effrayants pour les soignants qui tendent à céder face à leurs exigences afin de ne pas créer chez eux de frustration. Cette peur du résident a été très fortement exprimée au sujet de Monsieur D qui levait régulièrement la main sur les aide-soignantes et les infirmières. Les soignants évoquent régulièrement leur sentiment d'impuissance face à certains de ces résidents qu'ils ne savent comment accompagner du fait de leurs faibles connaissances en psychiatrie. Pour certains, la place de ces résidents au sein d'un EHPAD ne se justifie pas : il en résulte une certaine forme d'incompréhension qu'il conviendrait de relever.

L'intégration au sein de l'établissement est donc assez inégale pour les résidents dont le séjour peut se trouver régulièrement perturbé du fait de leur décalage avec la population traditionnelle des EHPAD.

## **2.2 Les limites et difficultés rencontrées lors de leur séjour**

### **2.2.1 Les difficultés rencontrées par les résidents au sein de la structure**

Lors des différents entretiens réalisés de manière plus ou moins formelle avec les résidents au sujet de leur place au sein de l'établissement, un constat prédomine : ils s'ennuient. Ils s'ennuient du fait de leur entourage qui ne leur ressemble pas et de la grande différence d'âge et de santé physique. Cet ennui est accentué par les animations inadaptées qui cristallisent la forte différence entre les résidents. L'exemple des animations pourrait sembler anecdotique : en effet, nombreux sont les résidents au profil « classique » qui n'y participent pas et qui ne souhaitent pas y participer du fait du faible intérêt qu'ils y trouvent ou de leur désir de vivre à leur rythme et de manière plus intime. Mais l'absence de participation des résidents en situation de handicap ne trouve pas la même source : il existe un véritable décalage aux yeux de ces derniers, entre eux et les personnes âgées.

Les résidents en EHPAD souffrent régulièrement de pathologies du vieillissement de type démences qui induisent une forme de régression mentale qui est très bien perçue

par les résidents en situation de handicap psychique et à laquelle ils ne veulent pas être associés. Cette image des autres résidents les amène souvent à instaurer une distance et à s'isoler. Monsieur A : « Ce sont des vieux, ils sont gentils mais ça ne m'intéresse pas d'aller aux animations avec eux ». Il ajoutera d'ailleurs que les animations en question ne l'intéressent pas et qu'il préfère occuper ses après-midis à regarder la télévision dans sa chambre ou à sortir se promener avec un animateur. De plus, les EHPAD accueillent de plus en plus de gens très dépendants, dont l'état physique et psychique est extrêmement dégradé, ce qui tend à en faire un lieu où les soins sont de plus en plus présents et lourds : personnes sous oxygènes, personnes restant alitées, ... Ce lieu qui est au départ un lieu de vie, se médicalise et il convient de s'interroger sur les modalités d'accueil de personnes en situation de handicap psychique chronique et stabilisé qui n'ont pas ou peu besoin de soins généralistes.

Par ailleurs, les résidents étudiés souffrent tous du rythme qui leur est imposé au sein de l'EHPAD qui ne correspond pas au leur. Le manque de liberté possible dans l'organisation de leur vie est ressenti comme pénible. La vie en collectivité induit un certain rythme souvent soutenu par les contraintes liées à l'organisation : ainsi, la rigidité des horaires de repas, justifiée par le besoin d'assistance pour se nourrir de nombreux résidents, s'impose également aux résidents handicapés psychiques qui pourtant pourraient souhaiter plus de souplesse et d'autonomie dans ce moment agréable. Pour la résidente B qui souffre de troubles obsessionnels compulsifs et a un comportement extrêmement ritualisé, ce rythme imposé est réellement difficile et induit une véritable souffrance : les soignants rencontrent de véritables difficultés à trouver des solutions adaptées pour l'apaiser.

Ainsi, du fait des différences de formes de dépendance, d'ordre psychiatrique pour les uns et gériatrique pour les autres, les résidents handicapés psychiques, minoritaires, connaissent d'importantes difficultés d'adaptation dont il résulte une souffrance face à laquelle les soignants présentent une certaine impuissance.

### **2.2.2 Les limites de l'accompagnement par des professionnels généralistes**

Les professionnels de l'EHPAD ont tous suivi un cursus de formation généraliste : les infirmières sont toutes des infirmières diplômées d'Etat -IDE- et n'ont pas, pour les plus anciennes, été formées comme infirmières spécialisées en psychiatrie - formation qui existait jusqu'à la réforme de 1992 qui a mis en place le Diplôme d'Etat infirmier, généraliste. Egalement, le médecin coordonnateur est un médecin généraliste de formation, spécialisé en gériatrie, mais sans compétence particulière en psychiatrie, domaine où il fait habituellement appel à ses collègues spécialistes du secteur. Les aide-soignants reçoivent également une formation généraliste dans le cadre de leur cursus et n'ont donc que peu de

notions de psychiatrie. Le psychologue, qui n'est que peu présent sur l'établissement, concentre principalement son activité sur l'accompagnement gériatrique, ne reçoit que très rarement les résidents atteints de troubles psychiatriques alors qu'il est le seul véritablement compétent pour apporter une réponse soignante personnalisée et adaptée aux troubles des résidents. Enfin, peu d'aides médico-psychologiques -AMP- sont embauchées au sein de l'établissement et, celles qui le sont effectuent un travail d'aide-soignantes. Leur formation initiale, qui pourrait faire sens pour accompagner les résidents en situation de handicap psychique, n'est pas exploitée. Pourtant, les AMP sont formées à l'accompagnement social et connaissent les procédures propres à l'accompagnement et à la prise en soin des personnes présentant des troubles psychiatriques.<sup>42</sup> Par ailleurs, le directeur a fait le choix, dans le cadre de sa politique de ressources humaines, de valoriser et de favoriser les profils de type aide-soignantes qu'il estime mieux correspondre aux besoins des résidents dans leur ensemble.

Dès lors, la très grande majorité des soignants présente une formation généraliste et l'établissement ne dispose pas de compétences psychiatriques à déployer auprès des résidents souffrant de troubles psychiques. S'il n'est pas nécessaire que l'ensemble des membres de l'équipe soignante soient des spécialistes, il serait néanmoins intéressant d'avoir quelques personnes ressources ayant une bonne connaissance des prises en soin pertinentes pour ces résidents. Le psychologue pourrait porter ce rôle de personne ressource et mieux orienter les soignants dans les protocoles à mettre en place, les rassurer quant à l'attitude qu'ils peuvent ou non adopter, et effectuer un suivi régulier des résidents. De plus, le plan de formation ne prévoit pas d'actions de formation en ce sens, priorisant l'accompagnement spécifiquement gériatrique des soignants malgré le choix de la direction d'accueillir quelques personnes en situation de handicap psychique. Cette orientation du plan de formation apparaît au premier abord comme légitime au vu du ratio de personnes relevant de la psychiatrie au regard des personnes relevant de la gériatrie, mais au vu de la désorganisation et du stress dans les équipes que peuvent générer les personnes en situation de handicap psychique, il pourrait être intéressant d'accompagner les personnels.

Les professionnels regrettent d'ailleurs ce manque de formation et l'expriment : « on essaie de faire tout ce qu'il faut mais au final, on ne sait pas si c'est bien »<sup>43</sup>. A propos de Monsieur D, et de ses accès de violences, les aide-soignantes se sont réorganisées pour que leur collègue, enceinte de 6 mois, n'ait plus à être seule avec lui, craignant ses réactions impulsives et ne sachant comment les parer. Ces difficultés engendrent un certain sentiment de frustration chez les soignants qui se sentent désarmés. Par ailleurs, conscients des carences de l'accompagnement qu'ils proposent à ces résidents, les

---

<sup>42</sup> REPERTOIRE NATIONAL DES CERTIFICATIONS PROFESSIONNELLES, Diplôme d'Etat d'Aide médico-psychologique, disponible sur internet : <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=4504>

<sup>43</sup> Entretien informel avec IDE 1

soignants s'interrogent même sur la pertinence de l'accueil de ces derniers au sein de l'établissement. A propos de la résidente B et du résident D, violents, une infirmière soulignera en relèbe qu'il ou elle « n'a rien à faire ici et devrait être réorienté vers une structure spécialisée en psychiatrie ».

Il est arrivé à plusieurs reprises que, face aux accès de crise de certains résidents, l'établissement se tourne vers d'autres structures spécialisées en psychiatrie afin qu'elles prennent le relai ou apportent un soutien, ces tentatives ayant été plus ou moins fructueuses.

### **2.2.3 Les difficultés liées à l'isolement de l'établissement**

L'EHPAD est un établissement autonome, il dépend du secteur psychiatrique de l'établissement « Le Vallon » à Martigues, situé à 30 kilomètres, et du service d'urgences de l'hôpital de Martigues. Il n'y a pas de convention de partenariat formalisée avec la psychiatrie pour accompagner les résidents en situation de handicap psychique. Lorsque les résidents ont besoin de rencontrer un psychiatre, soit parce qu'ils ont besoin d'un renouvellement ou d'un ajustement de leur traitement – cas du résident A – soit parce qu'ils sont en souffrance et ont besoin d'une consultation spécialisée que ne peut assurer leur médecin généraliste, les soignants ont l'habitude de faire appel à l'un des psychiatres de l'hôpital psychiatrique du secteur qui se déplace pour une consultation. Cela est particulièrement vrai pour le résident A qui était patient de l'hôpital pendant de longues années avant d'arriver au sein de l'EHPAD. Ce médecin a également eu l'occasion de voir en consultation les autres résidents lorsque leur état apparaissait déstabilisé, afin de réajuster leur traitement. Pourtant, malgré ces cas de visites à domicile, l'intervention d'un psychiatre au sein de l'établissement n'est pas systématique lorsqu'une demande en ce sens est adressée. L'EHPAD, comme tous les EHPAD, peine à attirer les médecins spécialistes en déplacement pour réaliser des consultations ce qui rend difficile le suivi spécialisé des résidents.

Selon le Docteur Si, au vu de l'état pathologique stabilisé des résidents en situation de handicap psychique, un suivi régulier par une infirmière formée en psychiatrie pourrait être suffisant pour accompagner le résident et les équipes. Il revient au CMP de remplir ce rôle : « en maillage avec des collègues de l'extra du CMP, il y a un suivi et une prise en charge qui peut s'assurer sur site. Et, là où les psychiatres ne se déplacent pas, en EHPAD, une présence tous les 2 ou 3 mois au CMP, quand la personne est stabilisée dans sa pathologie. Mais là on est sur un accompagnement traditionnel, d'un point de vu général. ». Dans d'autres régions, il apparaît que le CMP peut assumer ce rôle : « Les infirmiers de CMP, quand ils sont assez dotés, se déplacent une fois par mois pour aller visiter leurs patients, c'est-à-dire les patients qu'ils ont placés. C'est à ce moment-là que se fait le lien

avec les équipes, la diffusion de connaissances, les informations sur les pratiques en psychiatrie, et les psychoses particulièrement. Quant seul le médecin passe, c'est plus sporadique, moins riche que lorsqu'une IDE du CMP passe tous les mois et peut faire un lien plus continu ».

De plus, il ajoute qu'un accompagnement par la psychiatrie devrait se faire lors de l'arrivée du résident en EHPAD : « Dans les fait, cela se travaille avec les équipes de l'EHPAD. Tout d'abord, en amont, avec la psychiatrie qui se déplace pour distiller une culture psychiatrique, une information sur la nature de la pathologie (psychose, conséquences, handicaps que cela entraîne, comment agir avec cette personne pour ne pas la heurter). Puis, dans un second temps, un travail sur le patient : parcours de vie, habitudes de vie, pathologie, envies...Interrogation sur comment on peut aborder les choses : c'est le premier profil patient. ». Pour le Docteur Si, la persistance du problème et l'absence de liens entre la psychiatrie et les établissements en psychiatrie sont particulièrement développés dans la région, très en retard sur ces questions-là. Dans la région de Poitiers par exemple, où il a effectué son internat, le CMP remplissait ce rôle au sein des EHPAD accueillant des personnes en situation de handicap psychique.

Dès lors, la faiblesse des liens avec la psychiatrie ainsi que le manque de moyens développés dans le secteur psychiatrique de l'hôpital de Martignes rendent très difficile l'accompagnement personnalisé des résidents. Il est, dans ces conditions, compliqué de proposer un suivi amélioré et une formation spécifique des résidents.

Par ailleurs, la région ne dispose pas de places spécialisées en psychiatrie en nombre suffisant par rapport à la demande. Les établissements médico-sociaux de type foyer sont surchargés et accusent une liste d'attente excessivement longue : « Lorsqu'on fait une demande à une structure spécialisée, la réponse est qu'il y a une liste d'attente de 6 ou 7 ans, donc, dans les faits, les dossiers sont faits, mais la réponse est soit la liste d'attente soit le refus. ». Lorsque Monsieur D s'est révélé extrêmement violent, dangereux pour lui-même et pour son entourage, et que la question de son placement s'est posée, aucune structure -hôpital compris- n'a répondu présent pour le prendre en charge. L'accompagnement proposé par son médecin et l'EHPAD a été une camisole chimique et contention physique, seule solution trouvée pour éviter qu'il ne se blesse... Lorsque Madame B a cessé de s'alimenter et que son poids est devenu inférieur à 40 kilos, mettant en jeu son pronostic vital, il s'est révélé impossible de lui trouver une place dans un établissement spécialisé dans le soin des personnes souffrantes d'anorexie mentale, malgré le soutien du psychiatre.

Alors qu'une coopération véritablement pensée et dynamique avec la psychiatrie pourrait permettre un accompagnement de qualité, les liens avec le secteur restent très difficiles à établir, ce qui rend erratique le parcours des usagers concernés.

## **2.3 Les causes des carences de parcours rencontrées par les personnes handicapées psychiques**

Il ressort de l'étude du parcours des usagers en situation de handicap psychique vieillissants un certain désordre et des carences évidentes. En premier lieu, il convient de souligner que l'établissement se trouve au sein d'un territoire où l'offre de soin psychiatrique est plus que limitée. De plus, il n'y a pas de filière psychiatrique et plus particulièrement géro-psi-chiatrique organisée. Enfin, il ressort que, de prime abord, la psychiatrie et la gériatrie ne sont pas forcément évidentes à concilier mais que des aménagements peuvent être réalisés pour les amener à se coordonner.

### **2.3.1 Une offre de soins psychiatriques carencée**

L'EHPAD d'Istres est situé en région PACA et plus particulièrement dans le département des Bouches-du-Rhône. Le PRS<sup>44</sup> établi par la région PACA souligne que le taux d'équipements en hospitalisation complète en psychiatrie générale est supérieur à la moyenne nationale mais que 45% de cette offre est d'ordre privée. En revanche, le niveau des équipements ambulatoires est très inégal sur le territoire ce qui favorise le recours à l'hospitalisation complète, faute de recours possible à un accompagnement en ville. La culture psychiatrique locale n'a pas encore franchi le virage ambulatoire ce qui traduit une mauvaise optimisation des moyens : « Actuellement les ressources sont encore trop largement affectées à l'hospitalisation complète. En effet, alors que 80% de la file active est suivie en ambulatoire et à temps partiel, la prise en charge des 20% de patients en hospitalisation complète mobilise entre 60 et 70% des moyens des établissements. »

La région reste pourtant correctement dotée en médecins psychiatres, ce qui n'est pas le cas de beaucoup d'autres régions et représente donc une véritable chance pour le territoire de rendre plus dynamique son offre psychiatrique. La carence de la prise en soin tient plutôt au retard de développement des CMP, des Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel – CATTP- et de l'hospitalisation à temps partiel. Des évolutions en ce sens sont inscrites au titre des « évolutions prévisibles » laissant augurer un développement à ce niveau dans les années à venir.

Si la région reste globalement bien dotée, cette offre est mal répartie et ne parvient pas à couvrir les besoins en soins des personnes âgées, particulièrement sur le secteur de Martigues. Le schéma régional de l'offre de soin fait un état des lieux des équipements psychiatriques à destination des personnes âgées et constate « une offre spécifique en géro-psi-chiatrie réduite et inégalement répartie, que ce soit en hospitalisation, en accueil de jour, ou en suivi ambulatoire ». Egalement, l'offre d'hébergement en structures

---

<sup>44</sup> ARS PACA, Le projet régional de santé Paca [2011 - 2017], disponible sur internet : <https://www.paca.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-paca>

médico-sociales pour les personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques est « réduite ». Plus encore, les articulations entre soins psychiatriques, soins gériatriques et réseau médico-social sont peu formalisées et très hétérogènes.

Ces constats se retrouvent au quotidien au sein de l'établissement : lorsque l'un des résidents a besoin d'une prise en charge psychiatrique en urgence, comme cela a pu être le cas pour Monsieur D, il arrive très fréquemment que le résident envoyé aux urgences soit renvoyé au sein de l'établissement, sans même avoir pu bénéficier d'un avis psychiatrique. Il en résulte une véritable carence dans la prise en charge du patient atteint de troubles psychiatriques. De même, lorsque les résidents deviennent trop agités ou violents et qu'ils ne sont plus adaptés à la vie en EHPAD, aucune solution de placement dans une structure spécialisée n'est disponible : seuls vingt lits de géronto-psychiatrie existent sur le secteur et ils sont saturés du fait de la chronicité des troubles et de l'absence de places de long séjour. Il résulte de tout cela un isolement de l'EHPAD et de l'ensemble des EHPAD de la région qui se révèle extrêmement préoccupant pour les directeurs et qui peut même aller jusqu'à l'adoption d'une politique ferme de refus de personnes âgées en situation de handicap psychique.

### **2.3.2 L'absence de filière coordonnée en géronto-psychiatrie**

Alors même que les orientations nationales préconisent l'organisation de « coopérations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux afin de fluidifier les prises en charge des patients »<sup>45</sup>, aucune filière de soin n'est organisée. L'objectif d'une structuration en filière est de fluidifier le parcours du résident ou du patient et de rendre plus efficaces et coordonnées les prises en charge soignantes grâce à une meilleure communication entre elles.

Lorsque les EHPAD se retrouvent confrontés à une situation critique qui se révèle être véritablement problématique pour l'établissement et dangereuse pour le résident, aucune solution d'urgence ne peut être déployée du fait de l'absence de structures de repli d'une part mais aussi et surtout de possibilité de réflexion coordonnée sur les cas les plus complexes. Il n'existe pas de solidarité face aux situations exceptionnelles. La directrice de l'EHPAD de Saint Chamas, situé sur le même territoire et le même secteur, a, au sein de son établissement, un résident en situation de handicap psychique dont les troubles se manifestent notamment par un syndrome de Diogène extrêmement marqué, et un refus du respect des règles en communauté. Sa chambre est dans un état d'insalubrité tel qu'il est nécessaire de la rafraîchir entièrement chaque année, son comportement ne répond à aucune des obligations énoncées dans le règlement intérieur et les équipes ne parviennent pas à le canaliser et à lui assurer un accompagnement approprié. Face à cette situation

---

<sup>45</sup> DGOS, Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS – PRS, Version 2 [2011], disponible sur internet : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_SROS.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf)

d'échec, la directrice a demandé une évaluation psychiatrique précise, a décrit son cas aux psychiatres et au service qui l'ont accueilli. Le résultat de l'évaluation a été sans appel : le résident ne présente aucune difficulté à s'adapter dans un milieu collectif et ne présente pas de troubles psychiatriques. Cette situation souligne les difficultés de communication et le déficit de confiance entre les professionnels : le médecin coordonnateur avait pourtant soutenu la demande et proposé un diagnostic, basé sur l'observation pendant plusieurs mois de ce monsieur. Alors que la demande visait à faire expertiser la situation de handicap psychique du résident et à démontrer que, du fait de son état non stabilisé, la vie au sein de l'EHPAD ne pouvait plus se faire et qu'il fallait donc lui trouver une place en priorité dans un établissement spécialisé, l'évaluation a réfuté le diagnostic avancé par les soignants de l'établissements, pourtant basé sur des états de fait concrets et vérifiables.

Dès lors, les directeurs, conscients de ces difficultés se montrent hésitants à accueillir en leur sein un résident identifié comme étant en situation de handicap psychique. Egalement, conscients de l'absence d'offre spécialisée et du désarroi des familles ou des structures d'accueil face à l'absence de possibilité d'orientation de ces personnes, les directeurs peuvent se montrer méfiants de l'analyse portée sur l'état psychiatrique d'un dossier lors de l'admission : certains médecins de famille tendent à minimiser la gravité des symptômes pour favoriser une entrée en EHPAD afin de soulager les aidants. De même, pour les psychiatres hospitaliers : « lorsqu'on fait une demande à une structure spécialisée, la réponse est qu'il y a une liste d'attente de 6 ou 7 ans, donc, dans les faits, les dossiers sont faits, mais la réponse est soit la liste d'attente soit le refus. Le seul poste de sortie plus ou moins viable pour ces personnes, c'est l'EHPAD. Soit parce qu'on n'a pas assez de lits pour accueillir tout le monde, soit parce que c'est une vraie politique, pour faire sortir les personnes dans des lieux de vie conventionnels. » L'EHPAD représente la seule issue envisageable pour les hôpitaux surchargés, et il n'est donc pas complètement inimaginable que les hospitaliers, pressés par la demande, soient tentés d'envoyer des cas plus lourds que ce que les EHPAD peuvent raisonnablement accueillir. Le manque de communication et d'interactions entre les structures engendre un climat de méfiance qui nuit véritablement à la cohérence de l'orientation des résidents.

Il résulte de ce manque d'offre adaptée, de véritables carences dans le parcours des résidents. Outre les orientations parfois erratiques des usagers, il convient de s'interroger sur la pertinence pour un résident d'une soixante d'année, valide et souvent en possession de ses moyens physiques et cognitifs – les pathologies mentales stabilisées n'altèrent pas nécessairement ces capacités– de vivre avec des personnes grabataires ou démentes comme c'est souvent le cas des résidents d'EHPAD.

### **2.3.3 Le décloisonnement entre psychiatrie et gériatrie**

L'enjeu de l'accueil des personnes en situation de handicap psychique en EHPAD est celui du décloisonnement entre la psychiatrie et la gériatrie : il s'agit pour l'établissement médico-social spécialisé en gériatrie d'accueillir un résident qui a, dans son parcours antérieur, relevé de la psychiatrie. Il est donc nécessaire de déconstruire les frontières de ces deux milieux et de les rendre perméables afin de faciliter le passage de l'un vers l'autre et de fluidifier l'adaptation de l'usager.

L'accueil d'une personne en situation de handicap psychique en EHPAD est une illustration de ce décloisonnement : la psychiatrie ne se reconnaît plus, comme cela a pu être le cas dans l'histoire, comme l'unique compétente dans l'accompagnement des personnes souffrant de pathologie mentale. Il est désormais admis que d'autres établissements sont compétents pour assurer l'accueil de ces usagers qui, globalement assurent de manière satisfaisante leur rôle. Les témoignages des résidents des Cardalines le confirment : ils se sentent bien au sein de la structure et sont accompagnés par les professionnels sans discrimination même s'ils peuvent avoir des besoins spécifiques. Au sein de l'EHPAD d'Istres, l'accueil des résidents se fait sans trop de difficulté malgré les spécificités d'organisation que nécessitent parfois l'accompagnement : la proportion de personnes en situation de handicap psychique reste gérable pour les équipes et les résidents, stabilisés, ne sont pas excessivement lourds à gérer.

Les difficultés de gestion apparaissent au moment où une crise se déclare chez l'un des résidents et vient rappeler la spécificité et l'expertise que pourrait nécessiter l'accueil de ces usagers. Néanmoins, ces crises restent rares et une intervention extérieure coordonnée du secteur psychiatrique suffit à les résoudre. Le déplacement d'un psychiatre du secteur suffit à rassurer les équipes soignantes et permet de rétablir un état équilibré chez la personne. La problématique se pose plus particulièrement lorsque les équipes psychiatriques ne peuvent ou ne veulent pas se déplacer. Lorsqu'ils ne connaissent pas le résident concerné, leur déplacement est moins facile. Une meilleure interaction avec la psychiatrie serait rassurante pour les équipes et plus satisfaisante pour les usagers.

Le décloisonnement entre psychiatrie et gériatrie est un mouvement récent et non encore consolidé mais qui évolue. L'arrivée récente au centre hospitalier du Docteur Si est d'ailleurs de très bon augure : il est le premier géronto-psychiatre à y exercer et apparaît très motivé pour construire des ponts entre les services hospitaliers et les EHPAD qu'il envisage comme des collaborateurs avec lesquels il va être amené à travailler. Il travaille à ce propos sur la création, soutenue par son Directeur et l'ARS, d'une unité mobile de géronto-psychiatrie qui aura vocation à intervenir en EHPAD auprès des résidents et dont la mission première sera de former les professionnels et de les accompagner dans la prise en soin des résidents.

L'avenir se tourne clairement aujourd'hui en faveur de ce décloisonnement qu'il convient d'accompagner : « il est nécessaire d'en finir avec les concentrations hospitalières en psychiatrie »<sup>46</sup>. Une organisation territoriale en réseau permettra de réaliser une articulation qui fait encore défaut entre la psychiatrie et la communauté. Il convient pour le Directeur de penser cette organisation en réseau qui implique pour son établissement des changements, tant au niveau de son organisation interne en sa qualité d'établissement d'hébergement pour des personnes âgées présentant des formes de dépendances, qu'au niveau de son positionnement sur le territoire en tant qu'acteur de l'offre

### **3. Les possibilités d'adaptation des établissements pour une personnalisation de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques**

Au regard de ce qui a été précédemment énoncé, les EHPAD sont aujourd'hui amenés à accueillir des personnes âgées en situation de handicap psychique, ce qui diffère légèrement de leur cœur traditionnel de métier : l'accueil classique des personnes âgées. Pour ce faire, et avant d'accueillir des personnes dans une telle situation, il est nécessaire que les établissements aient pensé cet accompagnement et s'y soient préparés. De plus, au vu des spécificités de l'accueil de ces publics et des compétences spécialisées que l'établissement peut être amené à solliciter pour compléter les modalités d'accompagnement de ces personnes, il apparaît opportun que l'établissement s'inscrive dans un territoire de santé organisé afin de fluidifier le parcours de l'usager. Le rôle du Directeur est donc d'impulser ces démarches et adaptations au sein de son établissement.

#### **3.1 Les préalables indispensables à l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques au sein de l'établissement**

Si, lors de l'admission, le Directeur, s'engage à accueillir des personnes en situation de handicap psychique, il doit s'assurer que le profil du futur résident est conciliable avec les capacités d'accueil de la structure. Ces capacités s'évaluent notamment au regard du degré de compétence des professionnels et des capacités de formation de la structure.

##### **3.1.1 L'adaptation de l'établissement aux profils accueillis**

Dès lors que des personnes en situation de handicap, et plus particulièrement en situation de handicap psychique, sont accueillies au sein de l'EHPAD, il revient au directeur

---

<sup>46</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, PIEL E., ROELANDT J.L., Juillet 2001, « De la psychiatrie vers la santé mentale », La Documentation française, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000522/index.shtml>

d'adapter son établissement et de le préparer, afin de proposer un accompagnement cohérent avec les besoins de l'utilisateur.

Le premier rôle du directeur est de penser cet accompagnement et de l'intégrer dans toutes les strates de l'établissement : il s'agit ici d'élargir le référentiel de compétence classique de l'EHPAD. L'EHPAD d'Istres a tout d'abord été une maison de retraite qui accueillait des personnes âgées valides, puis la transformation en EHPAD a médicalisé la structure et conduit à l'adaptation de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents. Aujourd'hui, l'EHPAD accueille désormais des personnes en situation de handicap psychique et cette nouvelle évolution n'est pas toujours bien perçue par les professionnels qui ont tendance à les confondre avec les autres résidents alors qu'il serait nécessaire, dans certaines circonstances d'adapter l'accompagnement.

La valorisation de l'accueil de personnes en situation de handicap psychique doit se penser au travers d'outils de management tels que les projets d'établissement ou le plan de formation. Ainsi, le projet d'établissement peut-il intégrer dans la définition de la mission de l'EHPAD l'accompagnement de personnes en situation de dépendances. En inscrivant ainsi les différents types de dépendances, l'établissement prend acte de la variété des situations : les dépendances psychiques liées à la démence ne sont pas les mêmes que celles liées à la pathologie psychiatrique. Il en découle des modalités d'accompagnement différentes.

L'adaptation de l'établissement doit également se retrouver dans les projets de vie qui reflètent les spécificités de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, notamment en leur proposant des modalités de prise en soin adaptées ou encore en prévoyant des temps de sociabilisation... Le projet de vie et sa déclinaison pratique sont les premiers témoins de l'ouverture de l'établissement à ces nouveaux profils. Comme cela a été vu précédemment, les besoins d'une personnes âgées en situation de handicap psychiques ne sont pas toujours les mêmes que ceux d'une personne âgée traditionnelle, il apparait donc opportun d'envisager des modalités d'accompagnement spécifiques.

Outre la souplesse et l'adaptation intellectuelle qu'exige l'accueil de ces publics, il convient de les décliner matériellement et en actions. En pratique, cela se traduit par une association de ces personnes à la vie de l'établissement. Dans le cadre du projet d'animation par exemple, il convient d'intégrer des animations plus spécifiques de temps en temps, adaptées à des profils plus jeunes notamment ou plus actifs. Il est également possible de penser des temps personnalisés d'animation pour ces personnes : au sein de l'EHPAD des Cardalines, une fois par mois, le résident A est accompagné pour une sortie en centre-ville, pratique de moins en moins courante pour les autres résidents du fait de leur état de dépendance de plus en plus marqué.

Conformément à ce que préconise la loi du 2 janvier 2002, les établissements doivent s'adapter aux besoins des usagers et il revient au directeur de donner cette impulsion. Cette évolution reste néanmoins circonscrite et la maîtrise de l'admission des résidents participe à la définition de ces limites.

### **3.1.2 La nécessaire maîtrise de l'admission des résidents**

L'admission est un temps fort de la vie de l'établissement : il en découle le choix des personnes admises au sein de la structure et donc l'orientation de l'établissement. Au travers de la politique d'admission se dévoile la stratégie du directeur pour son EHPAD, son positionnement au regard de l'offre de soin et du parcours des usagers. Au moment de l'admission, le directeur, le médecin coordonnateur ainsi que les membres de la commission déterminent, en fonction des capacités d'accueil qu'ils ont estimées raisonnables et acceptables, le profil des résidents de l'EHPAD. La procédure d'admission comprend une commission mixte qui étudie les dossiers d'un point de vue administratif et médical, éclairée par les conclusions de la visite de pré-admission.

Lors de mon arrivée au sein de l'EHPAD des Cardalines, il n'existait pas de procédure formalisée d'admission ce qui avait eu pour conséquence, déjà par le passé, l'accueil de personnes pour lesquelles l'établissement n'était pas adapté. Pour exemple, le résident D dont le profil ne correspondait pas aux capacités d'accueil du service et qui, en plus de désorganiser et perturber les équipes, n'a pas reçu de soins adaptés.

Monsieur D relevait plus vraisemblablement, au regard de son besoin quotidien en soins actifs, d'une structure spécialisée en psychiatrie. Lors de son dernier mois au sein de l'EHPAD, il était la majeure partie du temps maintenu par des contentions, les équipes ne parvenant pas à le canaliser ou à s'organiser pour laisser en permanence une personne à ses côtés afin d'éviter qu'il ne se blesse. Cette erreur d'admission a d'ailleurs eu des conséquences dramatiques qui auraient peut-être pu être évitées avec une prise en soin adaptée, au sein d'un établissement spécialisé. Le résident, lors de ses crises régulières, avait pris l'habitude de se jeter la tête la première de son lit. Il est décédé d'un hématome intracrânien. Du fait des nombreuses admissions inappropriées et des difficultés qui en découlaient, il a été décidé d'instaurer une nouvelle procédure, formalisée et réfléchie.

La première étape consiste en la définition des capacités d'accueil de la structure. Celles-ci s'évaluent au regard de la politique et des orientations données par le directeur, des moyens matériels dont dispose l'établissement, mais aussi et surtout des compétences des professionnels en présence. Il faut estimer les charges maximales que peut supporter chaque service en tenant compte, notamment, de l'organisation architecturale de ceux-ci : l'EHPAD d'Istres est organisé sur trois étages, ce qui engendre des contraintes

organisationnelles assez importantes en termes d'effectifs notamment. Il s'agit ici pour le directeur de définir, non pas de manière isolée mais bien de manière concertée avec le médecin coordonnateur de l'établissement et la cadre de santé, le degré de prise en charge admissible au sein de l'établissement, mis en regard avec le type d'accompagnement offert aux résidents. Un équilibre doit être trouvé entre les profils afin de permettre aux équipes de leur offrir un accompagnement satisfaisant, dans de bonnes conditions de travail. Ainsi, les critères de sélection des personnes doivent intégrer les spécificités qui peuvent être retrouvées chez les personnes en situation de handicap psychique parmi lesquelles la stabilité de l'état pathologique de la personne, son degré d'agitation ou de violence, ses besoins en termes d'accompagnement.

Parallèlement, il est nécessaire d'évaluer le niveau de dépendance et de pathos que l'établissement doit présenter pour disposer des ressources suffisantes à son fonctionnement. Comme cela a été évoqué en amont, les modalités d'évaluation de financement des EHPAD comprennent deux volets : la dépendance et le pathos. Les critères de dépendances discriminants et donc qui génèrent un financement conséquent pour les EHPAD, n'intègrent pas suffisamment ceux qui correspondent à la dépendance des personnes en situation de handicap psychique. Il en résulte que l'accueil des personnes handicapées psychiques, en plus de générer des contraintes organisationnelles ne sont pas valorisées financièrement. Le directeur doit avoir à l'esprit ces particularités afin d'évaluer concrètement les capacités d'accueil de personne en situation de handicap psychique.

Par ailleurs, la visite de pré admission est indispensable dans le cadre de l'admission au sein de l'EHPAD. Cette visite a pour objet de vérifier la compatibilité de la structure et du résident : elle doit rechercher le consentement de l'usager à entrer au sein de la structure, et permet d'évaluer de manière objective l'état physique et mental du résident ainsi que ses besoins.

Le consentement est un prérequis indispensable dont le directeur doit être le garant. Bien souvent, dans le cadre de l'accueil des personnes en situation de handicap psychique, la recherche de ce consentement est négligée : notamment parce que les personnes en question sont souvent placées sous tutelle ou sous curatelle. Pourtant, aucune mesure de sauvegarde judiciaire ne peut justifier d'ignorer l'expression de sa volonté par la personne.

De plus, la visite de préadmission, réalisée par le médecin coordonnateur, le psychologue et éventuellement la cadre de santé, permet d'établir, avec un regard objectif, les capacités et besoins du futur résident. Cela peut notamment permettre de déceler par avance les personnes dont les troubles seraient trop lourds pour être supportés par un EHPAD non spécialisé.

Enfin, la commission d'admission clôture la procédure. Il s'agit d'une réunion pluridisciplinaire réunissant le directeur, le médecin coordonnateur, la cadre de santé, l'agent administratif en charge des résidents, et le psychologue de l'établissement. Si le dernier mot de l'admission revient au directeur de l'EHPAD, il est très important que la décision soit prise de façon concertée, en veillant bien à ce qu'elle résulte d'une analyse complète du dossier du résident. Si les questions d'ordre administratif sont secondaires, l'analyse médicale et psychiatrique est indispensable pour s'assurer que l'EHPAD présente les compétences professionnelles nécessaires à l'accompagnement.

### **3.1.3 La formation en amont du personnel aux pathologies rencontrées**

Il convient de regarder de manière dynamique les modalités d'admission de l'établissement. Les capacités d'accueil d'un EHPAD ne sont pas figées et ne sont pas circonscrites aux personnes âgées dépendantes « classiques ». Face aux besoins de ce public et à la demande pressante, les EHPADs doivent aujourd'hui ouvrir leurs capacités d'accueil aux personnes en situation de handicap psychique.

L'analyse des compétences de l'établissement se fait à un instant t, il s'agit d'un état des lieux, base de la dynamique à promouvoir : il convient de les mettre en perspective avec les orientations que souhaite donner le directeur au sein de son établissement. Afin de parvenir à accueillir de manière satisfaisante les personnes en situation de handicap psychique, il est nécessaire de développer les compétences des professionnels en matière d'accompagnement psychiatrique. La formation est donc un élément essentiel dont le directeur a la maîtrise et qu'il peut actionner. Dès lors qu'il a été convenu de l'accueil de personnes en situation de handicap psychique au sein de l'EHPAD, il convient de réunir les éléments nécessaires à leur bon accompagnement.

Les professionnels de l'établissement, et en premier lieu les soignants, ont besoin de développer un certain nombre de compétences pour adapter leur accompagnement aux personnes souffrant de maladies psychiatriques. Cette formation peut être en premier lieu réalisée en interne : le psychologue est le professionnel le mieux à même de conseiller et d'orienter les soignants dans l'élaboration de leurs protocoles de soins à l'égard des personnes en situation de handicap psychique. Pour ce faire, il doit s'associer au travail des soignants et développer, en interaction avec eux, les moyens de la prise en soin. Pour encourager cette dynamique, le directeur peut enjoindre au psychologue de participer aux relèves et d'effectuer des consultations régulières avec les résidents concernés. Le médecin coordonnateur a également tout son rôle à jouer en termes de formation : il peut être amené à expliquer aux soignants les spécificités des troubles des résidents et leur permettre ainsi de mieux s'adapter à leurs besoins.

En plus de développer des compétences soignantes via un plan de formation adapté, il revient au directeur de valoriser les compétences en présence. Il s'agit ici de mettre en valeur la richesse du psychologue et la plus-value qu'il peut apporter aux équipes soignantes, mais également celle des AMP. Au sein de l'EHPAD des Cardalines, trois AMP sont embauchées et font fonction d'aide-soignante. Au regard des retours en relèves et des entretiens avec les personnels, il ressort que les aide-soignantes particulièrement rencontrent des difficultés pour accompagner les résidents et les amener à douter de leurs compétences pour prendre soin de ces personnes. Aussi, il apparaît regrettable que les compétences des AMP ne soient pas mises en valeur et utilisées à destination de ces résidents. Le directeur peut donc, dans le cadre de sa dynamique d'accueil de personnes en situation de handicap, valoriser les compétences de ces professionnels en leur permettant de les exercer au travers de leur travail quotidien.

Cette formation peut également s'organiser en collaboration avec le secteur psychiatrique. Il pourrait être envisagé une convention avec eux pour favoriser les échanges entre les professionnels. Au titre des attributions du CMP, le Docteur SI précise qu'il a pour rôle de diffuser une formation psychiatrique aux EHPAD en se rendant sur place. Le directeur peut impulser cette dynamique en rentrant en interaction avec le CMP et en créant ce lien de formation. Ces échanges pourraient même être envisagés avec le secteur de psychiatrie : déjà, le médecin psychiatre se déplace pour assurer des consultations pour les patients de l'établissement. Il pourrait être envisagé que, lors de ses déplacements, il prenne un temps avec les soignants pour échanger avec eux sur les modalités de soins et d'accompagnement mises en place. La faiblesse des liens entre le secteur gériatrique et le secteur psychiatrique est bien le frein principal à la qualité de l'accompagnements des résidents en situation de handicap psychique

Outre les personnels soignants, les autres professionnels pourraient également recevoir une formation, plus générale, sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Il est souvent observé, de la part des personnels des services de cuisine, de lingerie ou de l'accueil, des remarques déplacées ou maladroitement traduisant leur mauvaise compréhension de la situation et des enjeux.

Ainsi, des professionnels mieux formés seront des professionnels mieux à même d'adapter leurs soins aux besoins spécifiques des résidents. La formation permet de répondre de manière satisfaisante aux interrogations et aux angoisses des professionnels, souvent inquiets ou même apeurés des comportements atypiques voir violents des résidents.

Si des mesures internes peuvent être prises pour améliorer l'accompagnement en EHPAD des personnes en situation de handicap psychique, toutefois, cet accompagnement ne peut se faire de manière isolée. Le directeur d'un établissement

autonome doit construire des liens avec les professionnels et les autres structures spécialisées sur son territoire afin de compléter l'offre qu'il propose à ces personnes.

### **3.2 L'inscription de l'établissement dans un territoire de santé**

Il revient au directeur d'EHPAD de promouvoir, en partenariat avec les autres acteurs de santé du territoire, un réseau de soin et d'accompagnement médico-social visant à fluidifier le parcours des usagers. Pour ce faire, il convient de se mobiliser pour développer des solidarités et des communications avec les différents acteurs, de favoriser les coopérations sur le territoire, mais également de faire preuve d'innovation et de dynamisme en proposant des solutions nouvelles et adaptées aux profils rencontrés.

#### **3.2.1 Le nécessaire développement d'une solidarité et d'une communication professionnelle au sein du territoire de santé**

L'EHPAD est une structure généraliste qui prend en charge les personnes relevant du secteur de la gériatrie. Ce n'est pas une structure qui a vocation à se spécialiser, aussi doit-elle s'attacher à développer des liens avec les spécialistes de la psychiatrie pour assurer un accompagnement de qualité aux résidents qui en ont besoin. Le Directeur, sous sa casquette d'acteur de santé publique sur le territoire, doit avoir à cœur de développer ces solidarités, en ayant à l'esprit les problématiques et les besoins des usagers. Il est ainsi nécessaire de penser ces solidarités qui seront amenées à se manifester non seulement lors de l'admission mais également à chaque instant de la vie du résident au sein de l'établissement.

Lors de l'admission tout d'abord, il semble plus que nécessaire d'accompagner l'arrivée du résident en situation de handicap psychique lors de son arrivée au sein de l'établissement. En effet, quel que soit le parcours de la personne concernée, l'entrée en EHPAD représente un bouleversement des habitudes de vie qui peut être vécu comme un événement traumatique par le résident. Cela est particulièrement vrai pour la personne présentant des troubles psychiques et dont la personnalité est souvent très sensible aux changements. Aussi, l'arrivée de ces résidents doit être accompagnée avec soin. Le Docteur SI préconise de mettre en place une période de transition lorsque le résident arrive de l'hôpital. Il s'agirait alors d'inviter le futur résident à se mêler petit à petit à la vie de l'EHPAD : un accueil de jour peut être proposé afin de découvrir la structure, participer aux animations, rencontrer le psychologue ainsi que les soignants. Cette première étape a pour objet de rassurer l'utilisateur sur sa prochaine résidence et lui permet de s'y habituer en douceur. Ensuite, lorsque le résident s'installe au sein de l'EHPAD, des visites régulières des professionnels de l'hôpital, et notamment du psychiatre du secteur, peuvent être organisées afin d'assurer un suivi adapté et de veiller à la bonne adaptation de la personne

à son nouveau domicile. Le directeur est la personne compétente pour définir et instaurer cette période transitoire.

Plus encore que lors de la seule arrivée du résident au sein de l'EHPAD, il convient de développer une solidarité complète, et tout au long du séjour, entre l'EHPAD et les spécialistes de la psychiatrie. Il s'agit là pour le directeur de participer au développement du réseau géronto-psychiatrique qui fait intervenir en plus des structures pour personnes âgées, les hôpitaux psychiatriques, les CMP et les psychiatres de ville. Le premier acteur du territoire qu'il semble intéressant de solliciter est le CMP. « Le CMP est la structure de soins pivot des secteurs de la psychiatrie. [...] Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur. »<sup>47</sup> Le CMP est le premier acteur de soins publics et ambulatoires de proximité pour couvrir les besoins en santé mentale. Les professionnels du CMP sont amenés à se déplacer au domicile du patient pour lui prodiguer des soins psychiatriques, le but étant d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation. Dès lors, l'EHPAD, en sa qualité de domicile des résidents, est un lieu où le CMP peut -et même doit- intervenir. Il revient ainsi au Directeur de faire connaître la structure et les besoins de ses résidents au CMP compétent. La limite étant bien sûr la saturation, que connaît le CMP du secteur de Martigues et qui le conduit à prioriser ses actions, reléguant au dernier rang l'accompagnement des personnes âgées. Néanmoins, si le CMP n'est pas en mesure d'assurer un suivi régulier des résidents chroniques de l'EHPAD, il peut tout de même assumer sa mission de formation et d'accompagnement des professionnels dans leur quotidien, en les aidant à trouver des réponses concrètes et appropriées aux difficultés qu'ils rencontrent. Là encore, c'est au directeur de solliciter ces interactions et de les définir, de manière concertée, avec le CMP.

De la même manière, les liens avec le secteur psychiatrique et notamment l'hôpital du secteur, gagneraient à être renforcés. S'il arrive qu'un des psychiatres de l'hôpital du Vallon à Martigues se déplace au sein de l'établissement pour rencontrer les personnes souffrant de pathologies psychiatriques, il n'existe pas de lien juridique, de type convention unissant l'EHPAD et l'hôpital. Aussi, cette coopération est très « personne dépendante » et présente une certaine fragilité avérée au regard du prochain départ à la retraite du psychiatre concerné. Dans ce cadre-là également, une réflexion mérite d'être menée pour réfléchir aux modalités d'intervention des psychiatres de l'hôpital au sein de l'établissement. Le développement de liens pérennes et étroits avec le secteur psychiatrique m'apparaît comme un gage essentiel de la réussite de l'accueil en EHPAD de personnes en situation de handicap psychique. Pourtant, les possibilités de déploiement de personnels issus du

---

<sup>47</sup> PSYCOM, Glossaire des structures – Centre médico-psychologique, [2017], disponible sur internet : <http://www.psycom.org/Psycom>

secteur psychiatrie sont aujourd'hui conditionnées aux capacités et aux moyens humains du secteur psychiatrique.

Il est donc nécessaire pour le Directeur de développer ces solidarités et de les asseoir en les pérennisant. Dans la continuité de cet esprit de coopération, il lui revient également de penser, non plus au niveau de l'établissement, mais au niveau plus général du territoire, le parcours géronto-psychiatrique des résidents et des usagers.

### **3.2.2 Le développement et l'inscription de l'établissement au sein d'un réseau géronto – psychiatrique de territoire**

La région PACA présente de grosses carences en matière d'accompagnement géronto-psychiatrique, notamment parce qu'il n'y a pas de coordination organisée entre les établissements compétents. Il convient aujourd'hui d'organiser un véritable réseau de soins. Pour ce faire, le SROS de l'ARS PACA fixe trois objectifs :

- « - créer un comité départemental pour coordonner la géronto-psychiatrie, en s'appuyant sur les réseaux sanitaires et médico-sociaux ;
- mettre en place des équipes mobiles de coordination géronto-psychiatriques qui joueront un rôle majeur de liaison ;
- créer après étude d'opportunité sur les pôles urbains les plus importants des unités hospitalières départementales spécifiques de gérontopsychiatrie, pour faire bénéficier le patient d'une prise en charge de courte durée, à la fois somatique et psychiatrique. »

Face à ces objectifs annoncés et en cours de réalisation, le directeur doit se positionner en acteur et participer à leur élaboration autant qu'il lui en est donné l'occasion.

L'organisation de ce réseau gérontologique entre les structures médico-sociales, les hôpitaux et la ville se doit d'être pensée afin de structurer une filière permettant au patient « d'être au bon endroit au bon moment »<sup>48</sup>. La mise en place de l'unité mobile de géronto-psychiatrie est l'un des point-clés du succès de ce réseau : en effet, cette structure permettra d'établir un lien réel, physique et humain entre les différentes structures. Pour le Docteur Si qui participe à l'élaboration du projet sur le plan médical, la première mission de cette unité sera de distiller une culture commune autour des pathologies psychiatriques et de leur mode de prise en charge. Cette étape de définition du projet est très importante. A ce jour, les EHPAD sont prévus dans le réseau mais ne sont pas associés à sa construction... Il semble pourtant difficile de penser et d'impliquer des acteurs sans les rencontrer ni les informer. Le directeur, en plus de son rôle au sein de l'EHPAD doit

---

<sup>48</sup> ANESM, « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes », Chapitre 4 : « La prise en compte des personnes handicapées vieillissantes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité », [[2014], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Chapitre4\\_PHV.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Chapitre4_PHV.pdf)

développer des liens étroits avec ses homologues des autres structures afin de participer au montage des nouveaux dispositifs.

Concernant l'inscription de l'EHPAD dans ce réseau, il convient de le penser et d'en prévoir les modalités de financement lors de la signature du prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens -CPOM- qui devrait avoir lieu, pour l'EHPAD d'Istres, en 2021.

Toujours dans le cadre de cette structuration en filière, le directeur peut également tisser des liens avec les structures spécialisées dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique telles que les MAS -Maisons d'accueil spécialisées. Il s'agirait là de développer le parcours des personnes en situation de handicap psychique dont l'âge ne correspondrait plus au profil des personnes accueillies par la MAS et qui pourraient prétendre à une place d'hébergement en EHPAD. Penser cette complémentarité et cette continuité permettrait de faciliter la transition de l'une à l'autre pour les résidents. Cela semble néanmoins difficile à mettre en œuvre sur le territoire d'Istres au vu de la faiblesse de l'offre spécialisée. Pour exemple, le département des Bouches-du-Rhône ne compte qu'une seule MAS accueillant des personnes en situation de handicap liée à un trouble psychique qui est située à Saint-Rémy-de-Provence, soit à près d'une heure de route de l'EHPAD.

Le rôle de l'ARS dans la définition de l'offre de soin est également prépondérant : l'autorité de tutelle se doit d'organiser sur le territoire les parcours et les structures d'accueil nécessaires. Face aux besoins complexes des personnes en situation de handicap psychique, l'ARS peut mener, en collaboration avec les directeurs, un véritable travail de fond afin notamment de fluidifier les rapports entre les mondes de la psychiatrie et de la gériatrie qui se connaissent mal. Par le biais de la définition des nouveaux CPOM, particulièrement d'actualité pour les EHPAD autonomes qui les mettent en place à partir de cette année, l'ARS peut intégrer comme objectif le développement de ces liens entre les établissements. Cette impulsion serait un véritable soutien pour les directeurs qui peuvent parfois avoir des difficultés à se positionner face à des usagers au profil complexe qui ne correspondent pas toujours à l'offre d'accompagnement proposée classiquement en EHPAD.

Le déficit de places et de structures sur le territoire fragilise la construction d'un véritable réseau : il manque des maillons pour parvenir à une organisation de prise en charge des usagers complète et adaptée. Le directeur peut donc être amené, avec le soutien de l'ARS, à proposer le développement de structures adaptées pour compléter l'offre.

### **3.2.3 La participation au développement de structures adaptées spécifiques sur le territoire**

En tant qu'acteur de santé publique, le directeur peut, du fait de son lien direct avec le terrain, faire remonter les problématiques que les usagers et les professionnels rencontrent aux ARS chargées de définir et d'organiser l'offre territoriale. Il convient dans un premier temps donc, de travailler en partenariat avec l'agence régionale de santé, en charge de la définition des schémas régionaux d'offre de soin et d'offre médico-sociale ainsi qu'avec le département, compétent en matière de dépendance, pour participer à la définition du besoin de la population sur le territoire et évoquer des pistes de développement de l'offre. S'il reste certain que le directeur n'est pas compétent pour définir ce que sera l'offre, il a un rôle important à jouer en tant qu'acteur de première ligne sur le terrain.

Toujours dans le même esprit, le directeur peut se montrer pro-actif en devenant acteur de l'offre de soin et en faisant lui-même des propositions. En ce sens, il lui appartient de répondre aux appels à projets lancés par les tutelles, mais également d'être force de propositions originales.

#### **A. La réponse aux appels à projets**

Depuis le 1<sup>er</sup> août 2010<sup>49</sup>, la procédure d'appel à projet est devenue un préalable obligatoire pour toute création, transformation ou extension d'établissement ou de service social ou médico-social. Face à la volonté affichée par l'ARS de développer l'offre géronto-psychiatrique, il convient pour le directeur de réfléchir aux propositions éventuelles de projet. En effet, les délais de réponse aux appels à projet sont généralement très courts et il convient d'avoir pensé en amont les besoins et les solutions de réponse. Généralement, les tutelles s'appuient sur les besoins remontés ainsi que sur les projets proposés par les différents acteurs de terrain pour définir leurs appels à projets de manière pertinente.

Participer à la réponse aux appels à projets s'inscrivant dans la logique de l'accueil des personnes en situation de handicap psychique vieillissantes en EHPAD est, pour le Directeur un moyen d'agir pour améliorer leur accompagnement. Pour exemple, c'est l'ARS PACA qui a lancé un AAP concernant l'unité mobile de géronto-psychiatrie auquel l'hôpital de Martigues répond.

---

<sup>49</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

## B. Les expérimentations

La circulaire en date du 30 avril 2007 émise par la DGOS -ex DHOS-<sup>50</sup> encourage le développement de l'offre de soins sur le mode expérimental pour la prise en charge des troubles psycho-pathologiques du sujet âgé. Se saisissant de cette opportunité, l'ARS Poitou-Charentes a poussé les structures de son territoire pour faire émerger une filière de soin gérant l'ensemble des soins géro-psycho-psychiatriques, pour coordonner les actions à promouvoir, et pour contractualiser avec les EHPAD et les EPS -établissements publics spécialisés afin d'offrir un parcours patient mieux adapté.

Grâce à ces procédures expérimentales, les établissements peuvent être amenés à proposer des modes d'accompagnement innovants aux tutelles. A ce titre, le directeur de l'EHPAD les Cardalines a choisi de développer un projet de résidence accueil senior, pour le proposer à l'ARS et au conseil départemental. Cette structure serait rattachée à l'EHPAD et aurait vocation à accueillir en son sein, 15 places pour personnes vieillissantes en situation de handicap psychique. La structure, non soignante, serait composée de studios individuels et disposerait de services d'accompagnement à la vie sociale : restauration, lingerie, animations... Le tout étant coordonné avec l'hôpital psychiatrique du secteur et avec l'EHPAD pour la mise à disposition éventuelle des infirmières -en cas de besoin de distribution de médicaments par exemple. Ce projet répond aux préconisations énoncées par le Rapport Charzat, selon lequel il convient de favoriser un accompagnement de type médico-social au sein de petites structures d'accueil, associées à des services de soins ambulatoires psychiatriques et à des équipes mobiles disponibles à toute heure.

Par ailleurs, les expérimentations en télé-psychiatrie ont déjà pu faire leur preuve et il semble que ce dispositif puisse être une piste intéressante à exploiter par le directeur afin d'améliorer l'accueil des personnes en situation de handicap psychique. Cet outil permet une nouvelle organisation du soin et des partenariats avec le secteur sanitaire en EHPAD. « La télé-psychiatrie, comme la télémédecine doit bien être considérée pour ce qu'elle est, à savoir un outil supplémentaire mis à la disposition des professionnels et non pas une solution toute trouvée adaptable à chacun. L'individualisation de l'accompagnement reste le point d'orgue des valeurs à mettre en œuvre en EHPAD et le directeur doit être garant de celles-ci. »<sup>51</sup> Aussi, il semble intéressant pour le directeur de chercher à développer ces outils modernes de soin.

---

<sup>50</sup> DHOS, Circulaire DGS/SD 6C/DHOS/O2/DGAS/CNSA no 2007-84 du 1er mars 2007 relative aux modalités concertées de mise en oeuvre de l'allocation de ressources 2007 relative au plan psychiatrie et santé mentale.

<sup>51</sup> EHESP, Mémoire, Aurélie QUEAU, 2015, L'intégration de la télé-psychiatrie dans l'accompagnement des résidents atteints de troubles

## 4. Conclusion

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques connaissent aujourd'hui une augmentation de leur espérance de vie. Ce vieillissement est de bon augure puisqu'il témoigne d'une meilleure prise en soin et d'un meilleur accompagnement de ces personnes tout au long de leur vie. Ces troubles peuvent être responsable de situation de handicap et nécessitent pour ces personnes un accompagnement par une structure médico-sociale. Or, l'accueil des personnes en situation de handicap psychique vieillissantes est, particulièrement dans le département des Bouches-du-Rhône, mal anticipé, et peu de structures leurs sont ouvertes. Pourtant, face à la diminution du nombre de lits en hôpital psychiatrique, un besoin réel et pressant émerge et il convient de trouver des solutions pour accompagner ces personnes.

Les EHPAD, et particulièrement celui de Istres (13) accueillent en leur sein des personnes en situation de handicap psychique. Les cinq résidents dans cette situation au sein de l'EHPAD sont globalement satisfaits de leur accueil, mais la présence de ces personnes peut être à l'origine de nombreuses désorganisations pour les équipes de professionnels qui restent problématiques et méritent une réflexion approfondie. Si, lors de leur admission, ces personnes sont généralement stabilisées, leur état peut fluctuer et devenir problématique au vu des moyens d'accueil et des faibles compétences psychiatriques au sein de la structure. Les équipes peuvent rapidement être déstabilisées face à ces difficultés et il convient de les accompagner dans leur travail quotidien.

Un véritable effort doit être produit par les EHPAD autonomes pour permettre enfin un accueil digne et adapté aux personnes en situation de handicap psychique. Il revient au directeur, accompagné de l'équipe de direction composée du médecin coordonnateur et du cadre de santé, de définir ses capacités d'accueil et, parallèlement, les moyens qu'il met en œuvre pour rendre possible et confortable le séjour de tous les résidents. L'intégration des personnes en situation de handicap au sein des EHPAD est une exigence que le directeur doit avoir pour sa structure, dans la limite bien évidemment des possibilités qui sont les siennes. La vocation généraliste des EHPAD limite l'accueil des publics à des personnes psychologiquement stabilisées et ne relevant pas de soins d'ordre psychiatrique quotidiens.

Pour accompagner l'ouverture de son établissement à ces publics, le directeur doit veiller à maîtriser, dans son ensemble l'accompagnement des résidents. Cela passe par la maîtrise de la procédure d'admission dans son ensemble qui doit être rigoureusement définie, mais également par la formation des personnels en présence afin de les sensibiliser aux besoins des personnes en situation de handicap psychique et de les former à leur accompagnement. De même, le directeur doit valoriser les compétences en la matière qui existent au sein de son établissement : la présence d'un psychologue et d'AMP représente

un véritable atout pour l'établissement qui doit les mettre ne valeur afin d'améliorer l'accueil de ces personnes.

Egalement, afin de compléter l'accueil au sein de l'EHPAD, des coopérations et coordinations avec le secteur psychiatrique sont à mettre en place. Les structures ambulatoires développées par les institutions psychiatriques sont pensées à cet effet : les CMP et les équipes mobiles de géro-psycho-geriatrie sont à mobiliser pour compléter l'accompagnement des résidents. Des partenariats privilégiés sont à penser et à mettre en œuvre pour stabiliser et sécuriser ces séjours.

Les personnes accueillies en EHPAD sont aujourd'hui de plus en plus lourdes en termes de dépendance et de pathos, les résidents arrivent de plus en plus tardivement dans les structures et souffrent de pathologies de plus en plus lourdes. Le vieillissement des personnes en situation de handicap, et particulièrement de handicap psychique, est une réalité nouvelle pour le directeur qui se doit de l'intégrer et de le prendre en compte. Face à la complexité croissante des profils des résidents accompagnés en EHPAD autonome, le directeur doit mettre en place des solutions adaptées en interne mais également en externe. En interne, cela passe par une adaptation du plan de formation, en veillant à développer une spécialisation des compétences et en pensant cet accompagnement en équipe. Mais, les petites structures restent limitées en termes de capacités et c'est bien dans le développement de coopérations soutenues avec les filières spécialisées, particulièrement la filière psychiatrique, que le directeur pourra trouver une stabilisation et un gain de qualité pour accompagner ces personnes. La structuration en filière et en parcours est un mode de raisonnement qu'il convient désormais d'intégrer.

Le contexte économique de plus en plus contraint dans lequel évoluent les EHPAD autonomes oblige aujourd'hui les directeurs à imaginer de nouvelles solutions et à se montrer innovant : les coopérations et la mise en œuvre de véritables solidarités entre les structures sont les solutions qui s'imposent et qui garantiront demain aux résidents un accompagnement de qualité.



---

## 5. Sources et bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n°36 du 12 février 2005

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles établissant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen -DDHC, Article 1er,1789, Préambule de la Constitution de 1958

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

DHOS, Circulaire DGS/SD 6C/DHOS/O2/DGAS/CNSA no 2007-84 du 1er mars 2007 relative aux modalités concertées de mise en oeuvre de l'allocation de ressources 2007 relative au plan psychiatrie et santé mentale

### Ouvrages

BLANCHET A. et GOTMAN A., 2006, L'enquête et ses méthodes, l'entretien, Paris : Armand Collin, 128 pages, p.9

BOUCHERAT-HUE V., LEGUAY D., PACHOUD B., PLAGNOL A., WEBER F., 2016, Handicap psychique : questions vives, Erès, 392 pages.

### Articles (de périodiques)

MALFATTO. E., Mars 2013, « Quand les « fous » vieillissent », Blogs LeMonde, [mai 2017], disponibilité : <http://emiliennemalfatto.blog.lemonde.fr/2013/03/14/quand-les-fous-vieillissent/>

POINSOT O., nov-décembre 2005 « Les institutions privées et le service public de l'action sociale et médico-sociale, RGCT n° 37, p. 415-431.

LHULLIER J.M., « De quoi les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont-ils le nom ? », RDSS 2010, p.123.

### **Rapports**

Enquête DRESS, Juin 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en EHPAD », Etudes et résultats, n°494

VELCHE D., ROUSSEL P., Mars 2011, « La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique : effet de rhétorique ou perspective nouvelle ? », Ecole des hautes études en santé publiques.

IGAS, F. AMARA, D. JOURDAIN-MENNINGER, M. MESCLON-RAVAUD, Dr G. LECOQ, Août 2011, « La prise en charge du handicap psychique », IGAS, RAPPORT N°RM2011-133P.

CHARZAT M., Mars 2002, « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », Ministère de l'emploi et de la solidarité.

INSEE, Enquête Vie quotidienne et santé [Août 2009], n°1254

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, PIEL E., ROELANDT J.L., Juillet 2001, « De la psychiatrie vers la santé mentale », La Documentation française, disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000522/index.shtml>

ANESM, « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes », Chapitre 4 : « La prise en compte des personnes handicapées vieillissantes dans la démarche d'amélioration continue de la qualité », [[2014], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Chapitre4\\_PHV.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Chapitre4_PHV.pdf)

### **Thèses et mémoires**

EHESP, Mémoire, Tagrid Delecourt-Lefevre, La spécificité des personnes handicapées âgées et de leur accompagnement en EHPAD – L'exemple de l'EHPAD Mer et Pains de Saint Brévin les Pins

EHESP, Mémoire, Aurélie QUEAU, 2015, L'intégration de la télé-psychiatrie dans l'accompagnement des résidents atteints de troubles

### **Sites Internet**

UNAFAM, Le handicap psychique [juillet 2017], disponible sur internet : <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>

IRDES, Données de cadrage : l'hôpital [juillet 2017], disponible sur internet :  
<http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/hopital/nombre-de-lits-journees-et-durees-moyennes-de-sejour.html>

DRESS, Enquête sur les établissements sociaux [1996], disponible sur internet :  
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

INSEE HID, Enquête handicap, incapacités, dépendances [1999], disponible sur internet :  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380971>

ARS PACA, Le projet régional de santé Paca [2011 - 2017], disponible sur internet :  
<https://www.paca.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-paca>

DGOS, Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS – PRS, Version 2 [2011], disponible sur internet : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_SROS.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf)

PSYCOM, Glossaire des structures – Centre médico-psychologique, [2017], disponible sur internet : <http://www.psycom.org/Psycom>

REPERTOIRE NATIONAL DES CERTIFICATIONS PROFESSIONNELLES, Diplôme d'Etat d'Aide médico-psychologique, disponible sur internet :  
<http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=4504>

RDC, Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement, [septembre 2017], disponible sur internet : <https://www.frcneurodon.org>

---

## **6. Liste des annexes**

---

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Grille d'analyse de lecture

Annexe 3 : Grille d'analyse des profils des résidents

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien avec le Docteur Si AHMED, Géronto psychiatre.



**Annexe 1 : Grille d'analyse thématique des données des résidents**

Thèmes	Troubles cognitifs des PA	Mode d'accompagnement à l'EHPAD	Accompagnement psychiatrique actuel	Parcours de soin	Accompagnement des professionnels	Accompagnement des autres résidents	Questions éthique	Points +	Points -
Entretien 1									
Entretien 2									
Entretien 3									
Entretien 4									
Entretien 5									
Entretien 6									
Entretien 7									
Entretien 8									
Entretien 9									

**Annexe 2 : Grille d'entretien type pour les professionnels**

Thèmes	Troubles cognitifs des personnes âgées	Mode d'acc. À l'EHPAD / Limites	Acc. Psychiatrique actuel / Liens avec le secteur	Acc. Des professionnels	Acc. Des résidents	Impact sur les professionnels	Solutions autres	Financement
Entretien 1								
Entretien 2								
Entretien 3								
Entretien 4								
Entretien 5								
Entretien 6								
Entretien 7								
Entretien 8								

**Annexe 3 : Grille d'analyse de lecture**

Lecture	Objet	La géro- psychiatrie	Handicap psychique	Sources législatives / réglementaires	Parcours de soin	Atout de l'accompagnement en EHPAD	Limites de l'accompagnement en EHPAD	Organisation des soins	Lien avec l'actualité	Liens avec les missions de stage



**Annexe 4** : Retranscription de l'Entretien n°1 avec le Docteur SI Ahmed, Géroto psychiatre du secteur

*Constat : de plus en plus de personnes souffrant de troubles psychiatriques qui arrivent en EHPAD. Présentation des 4 cas observés*

*Interrogation sur la notion de handicap psychique et sur comment on peut accompagner ces personnes en EHPAD. Est-ce le bon lieu d'accompagnement / Est-ce approprié ?*

*Demande d'informations sur l'équipe mobile de géroto-psychiatrie qui est en train d'être construite sous la direction du Dr Si Ahmed.*

*Parole libre au Dr Si Ahmed :*

Il y a plusieurs profils de patients / personnes qui ont des souffrances psychiques ou pathologies mentales qui peuvent arriver en EHPAD. Le 1<sup>er</sup> cas présenté correspond à un profil dit « psychiatrique », qui ont souffert la plupart de leur vie d'une maladie mentale qui a pu se décompenser à l'adolescence ou lors de leur vie de jeune adulte (entre 20 et 30 ans), qui a évolué entre des hospitalisations / des sorties / des projets de vie qui ne tenaient pas forcément la route, avec des ré hospitalisations et un parcours d'institutionnalisation ancienne. Et qui, arrivés sur un âge 50 / 55 / 60 ans nécessitent plus d'être dans un lieu de vie que dans un milieu hospitalier puisqu'il n'y a plus besoin de recevoir des soins actifs, au quotidien. C'est là que l'EHPAD est sollicité, avec des transitions qui peuvent parfois être longues (visites, périodes d'adaptation), cela peut durer parfois plusieurs mois, puisque le patient a une intolérance au changement qu'il faut donc accompagner pour que le patient puisse trouver sa place dans la nouvelle structure.

Le fonctionnement de la psychiatrie publique est le secteur : sert à assurer les soins sur tout le territoire. Au tout début, du personnel hospitalier intra, puis, en maillage avec des collègues de l'extra du CMP, il y a un suivi et une prise en charge qui peut s'assurer sur site. Et, là où les psychiatres ne se déplacent pas, en EHPAD, une présence tous les 2 / 3 mois, quand la personne est stabilisée dans sa pathologie, au CMP. Mais là on est sur un accompagnement traditionnel, d'un point de vu général.

Dans les fait, cela se travaille avec les équipes de l'EHPAD. Tout d'abord, en amont, avec la psychiatrie qui se déplace pour distiller une culture psychiatrique, une information sur la nature de la pathologie (psychose, conséquences, handicaps que cela entraine, comment agir avec cette personne pour ne pas le heurter). Puis, dans un second temps, un travail sur le patient : parcours de vie, habitudes de vie, pathologie, envies... Comment on peut aborder les choses. C'est le premier profil patient.

Question : faut-il préciser ?

*Réponse : la teneur correspond. 4 cas dans l'EHPAD : le premier, une personne qui était toute sa vie en institution. Chez nous, la moyenne d'âge est de 84 ans, ce monsieur a pris énormément de poids quand il est rentré, il n'est pas en phase avec nos résidents, il est*

*debout, est actif. Je m'interroge sur l'offre que nous lui proposons : est-ce ce qu'il lui faut ? Il est suivi par le psychiatre de secteur. Il se dit heureux chez nous, mais j'ai le sentiment et une frustration, retrouvée chez les soignants qu'on ne lui offre pas le mieux qu'il pourrait avoir. Il a besoin d'une vie en communauté, c'est un monsieur qui ne peut pas vivre seul (problèmes liens sociaux). Est-ce qu'un foyer ne serait pas plus adapté ? Est-ce que cela n'existe pas sur le territoire ?*

Dr : Avant, tous les hôpitaux psychiatriques, tous les grands hôpitaux psy (Montfavet, Montpellier) avaient, en leur sein, en plus des unités d'hospitalisation traditionnelles, des unités dites « de chronique ». C'est-à-dire des unités pour des patients dont on savait qu'ils ne pouvaient vivre en dehors d'une institution, en l'occurrence psychiatriques, ils avaient donc la possibilité de continuer à vivre dans ces unités où il y avait peu d'entrées, peu de mouvements, et on laissait place à leurs rituels, à leurs habitudes de vie. Et tout se passait bien. Il y a eu une politique de fermeture de lits, sur les établissements de santé mentale, avec un recentrage sur l'hospitalisation temps-plein court / moyen terme. A Aix notamment, il y a eu tout un travail pour faire sortir ces patients de cette unité de chronique, parce qu'il n'y avait plus de place pour eux, en disant : le patient ne peut plus / vivre à l'hôpital n'est pas un objectif raisonnable. Il doit vivre ailleurs. Quels autres lieux de vie ?

*Moi : C'est là la vraie question, interrogation sur la notion de handicap psychique. Cette notion me semble intéressante puisque l'on est dans une démarche où l'on veut intégrer les personnes handicapées dans la cité. De ce constat, je le dis que ces personnes-là ont toute leur part en EHPAD. C'est légitime, les PA vont en EHPAD, dès lors, pourquoi, du fait de leur pathologie psychique, ils n'y auraient pas accès ? Mais, l'accompagnement psychiatrique, reste spécifique, les équipes en EHPAD ne sont pas formées pour ça. C'est le cœur du mémoire*

Dr : Concrètement, s'il y avait comme dans d'autres régions, comme il y a à Poitiers (j'ai fait mon internat à Poitiers), les lits avaient été fermés : accès limité aux EHPAD, offre de soins parfois inadaptée par rapport à nos patients psychotiques, et donc, ils se sont repositionnés sur la possibilité de créer une MAS, spécialisée pour les patients psychiatrie, en dehors de l'hôpital psychiatrique, dans une petite commune rurale à côté, où du personnel soignant psychiatrique, formé au soin, en nombre (AMP et AS surtout, 1 IDE) Reste une structure psy, moins lourde en termes sanitaires, mais pour ces patients, pour leur offrir un cadre idéal de vie, avec les soins psy et la culture psy sur place. Avec toute une même population au final.

Ce n'est pas le cas ici. La psychiatrie, ici, pour 220 000 personnes, sur le territoire qui est quand même assez grand, se résume à ce bâtiment : 3 unités de 25 personnes, pour chaque secteur. Déjà on a du mal à hospitaliser les gens qui arrivent par les urgences, mais c'est aussi parce que, au sein de chaque unité, il y a entre 5 et 15 personnes qui vivent à l'hôpital.

Le profil que vous retrouvez en EHPAD, qui sont peu sortis, qui ont passés 30 ans à l'hôpital ils vont en EHPAD. Ils ne nécessitent pas de soins actifs, ce sont des gens qui déambulent, qui sont hébergés, à défaut de structure. Lorsqu'on fait une demande à une structure spécialisée, la réponse est qu'il y a une liste d'attente de 6 ou 7 ans, donc, dans les faits, les dossiers sont faits, mais la réponse est soit la liste d'attente soit le refus. La seule poste de sortie plus ou moins viable pour ces personnes, c'est l'EHPAD. Soit parce qu'on n'a pas assez de lit pour accueillir tout le monde, soit parce que c'est une vraie politique, pour faire sortir les personnes dans des lieux de vie conventionnels. Il faut donc qu'il y ait une formation et une information pour les professionnels parce que ça fait un vrai différentiel entre les PA dites lambda qui vont avoir 75, 80, 85, 90, 95 ans, souvent pour des pathologies grabataires, polyopathologies ou démences. Nous c'est des patients qui ont 55 / 60 ans, parfois un peu gaillards, qui ont une approche, un contact un peu particulier, parfois un peu autistique, qui sont en inadaptation totale avec le milieu ; la question, c'est comment aider ces structures à accueillir ces personnes.

C'est le rôle du secteur : le secteur psychiatrique qui a fait rentrer ces personnes dans les EHPAD, qui le connaît depuis 20 ou 30 ans, c'est son rôle de faire ce travail là, ce lien. C'est le rôle du Dr M, qui vient de temps en temps sur la structure. D'ailleurs y a-t-il des infirmiers du CMP qui viennent vous voir ?

*[NON]. Il y a vraiment un problème de liaison, j'imagine que vous manquez de psychiatres*

Oui tout à fait. Les infirmiers de CMP, quand ils sont assez dotés, se déplacent une fois par mois pour aller visiter leurs patients, c'est les patients qu'ils ont placés. C'est à ce moment-là que se fait le lien avec les équipes / diffusion de connaissances/ informations sur les pratiques en psychiatrie, et les psychoses particulièrement. Quand seul le médecin passe, c'est plus sporadique, moins riche que lorsqu'une IDE du CMP passe tous les mois et peut faire un lien plus continu

Nous l'équipe mobile aura vocation à aller évaluer les situations psychiatriques nouvelles qui sont rencontrées chez d'autres patients. Vous avez une mamie, 85 ans, vient de rentrer, temps d'adaptation laissé. Ensuite, derrière, elle décompense un état dépressif (STAT : entre 40 et 60% d'états dépressifs en EHPAD) avec des risques suicidaires important. Vous estimez que cette personne doit être évaluée, appel à l'équipe mobile de gérontopsy qui vient dans les 72 heures et évalue la situation, proposition au médecin traitant. L'équipe mobile peut être un appoint ponctuellement, mais ce n'est pas son objectif.

Question : place des PA ayant un handicap psychique, au sein EHPAD

*Moi : vraie question : faut-il sectoriser ? Faut-il ouvrir ce secteur psy qui a tjs été fermé ?*

Dr : Pour aller régulièrement sur des congrès de gérontopsy, bon nous en PACA, on est toujours en retard, région catastrophique, « scandale ». Je suis allée faire mon internat de psychiatrie à Poitiers, plutôt rural. Ailleurs, dans des endroits plus civilisés et plus avancés

intellectuellement, il se passe des choses. Je crois que c'est vers Lille ou Besançon, la gérontopsy avait créé son EHPAD, en accord avec un EHPAD déjà existant : ils se sont associés pour créer une nouvelle unité qui n'accueillerait que des patients issus de la psychiatrie, avec un personnel mixte, EHPAD et une infirmière de psychiatrie. Moi je trouvais la solution innovante et intéressante : au sein d'un lieu de vie non stigmatisant, on offre quand même la possibilité à la personne d'avoir un regard psychiatrique et une compréhension de sa pathologie et de ses troubles. Dans une unité où les patients sont entre eux. On sort de l'hôpital, et dans un lieu adapté. Il existe des centres sauf qu'ils sont saturés. La grande mode c'est d'envoyer les gens en Belgique. C'est scandaleux : on coupe les gens de leur famille, de leur climat, de leur région. Mais parce que c'était le seul endroit où il y avait une solution d'hébergement pour des patients chroniques. Quand vous voyez que dans une unité hospitalière de 23 lits vous avez 10 lits qui sont occupés par des patients psychotiques chroniques. Qui ont fait leur vie à l'hôpital. Qui ont 40 ans mais vous savez qu'ils n'en sortiront jamais, ils ont un handicap psychique majeur qui fait que ce sont des personnes qui ne peuvent pas évoluer en société, hors de l'hôpital. Vous les mettez à la fnac, vous les mettez dans la rue, vous les mettez où vous voulez. Ce sont des personnes qui n'ont pas les codes, elles ne sont pas adaptées pour gérer ça. Elles peuvent le faire accompagner : ce sont les sorties thérapeutiques. 2 infirmiers prennent 3 ou 4 personnes et les accompagnent au marché... Leur dire qu'ils sont aussi dans la vie, même si leur vie est à l'hôpital. De manière autonome, elles ne peuvent pas avoir cette vie-là. Quand vous avez des contraintes avec des lits qui ferment, les urgences qui vous appellent tous les jours pour vous dire : il y a un tel qui a fait une tentative de suicide, un tel qui fait une crise d'agitation psychotique... Votre service il est plein, il n'est pas extensible : pénurie de soin. On voit avec l'assistante sociale pour vider les lits occupés par les patients chroniques : on fait les dossiers, il y a 6 – 7 ans de liste d'attente. Première fois refus... Puis on pense à la Belgique. A Aix, il y a 2 médecins qui viennent de Belgique pour rencontrer les patients : ils font un vrai travail, humain, un projet de vie, recherchent si la personne est intéressée. Au moins on leur parle de la structure, on leur présente les choses. La vraie question : quelle place pour ces personnes-là ? Il faut être pragmatique, si la place est en EHPAD, mais il faut les accompagner.

Nous l'équipe mobile, on n'a pas vocation à faire cet accompagnement là, mais quand l'équipe mobile va être créée, on a pour mission de faire de la formation aux structures ; les 6 premiers mois de notre activité, on ira dans chaque EHPAD rencontrer les équipes, les médecins coordonnateurs, parler psychiatrie. Et là je pense que je l'espère, cela pourra influencer la prise en charge des patients psychiatriques, mais pas seulement de la crise psychotique, on va parler des troubles anxieux, des troubles de l'adaptation, de la crise suicidaire. Des patients bipolaires vieillissants, qui généralement sont mieux acceptés. Généralement, le patient bipolaire ne passe pas sa vie à l'hôpital. Il est mieux adapté, il y a une perte d'espérance de vie, une

moindre adaptation au vieillissement. Il y a généralement une hospitalisation ou une institutionnalisation après un épisode anxieux. Déjà elles sont plus âgées, donc mieux intégrés par rapport aux autres résidents, classiques. Mais parfois, ça peut poser des problèmes d'adaptation : un caractère un peu excentrique, parfois un repli très profond. Là l'équipe mobile peut intervenir pour réguler les choses.

*Moi : on a eu un résident bipolaire, qui a véritablement déstabilisé les équipes qui se sont sentis mauvais, qui n'ont pas su comment le gérer. Il avait des moments de grosse nervosité, où il était très agressif. Phase maniaque. Montait sur le lit en se jetant la tête la première... hématome intra crânien puis décès. Grosse frustration de personnels : a-t-on manqué quelque chose, l'a-t-on mal accompagné ? Quelle erreur de communication avec les urgences ? Il va vraiment y avoir un besoin de formation du personnel...*

Dr : Lorsque j'étais interne, on le faisait déjà, on allait en EHPAD faire de la formation. Lorsqu'on est jeune interne, on est hospitalo centré quand on est jeune psychiatre, on a l'impression que tous les soignants savent ce qu'on sait ou au moins ce que nos soignants savent : ils sont infirmiers, AS... En fait, c'est une fausse croyance : en EHPAD, c'est toute une autre culture, c'est un tout autre travail... On est quelque part sur du personnel niveau « population général » Il n'y a même pas un niveau de compréhension des troubles. Il faut partir de là pour instiller, a minima une culture psychiatrique. Quel comportement préventif faut-il adopter ? Comment peut-on avoir un comportement qui apaise ? A partir de quel moment n'est-on plus compétent et doit on solliciter de l'aide. C'est ts ces niveaux là que l'on doit essayer d'instiller en EHPAD, sans surcharger les choses : leur donner qqch qu'elles s'approprient et qu'elles peuvent utiliser. Puis leur donner les moyens de faire appel à nous. Là cela n'existe pas. Je crois que le Dr M m'a dit qu'il avait déjà donné qqes formations

*Moi : Effectivement il a déjà fait qqes formations par le passé. Mais je crois que la psychiatrie c'est qqch qui se choisit chez les patients. Il y a un énorme travail à faire en amont. Ça fait peur, même chez les soignants : dans notre pays, la psychiatrie est énormément stigmatisée. Comment en Belgique ils ont fait pour avoir un parc de structure ? Quelle bataille politique ?*

Dr : Enormes résistances même là où des moyens ont été développés : alors même que c'était le seul moyen de vider les lits et de redonner de l'air aux patients. Parce que quand vous êtes un patient psychotique chronique, avec une perturbation temporaire dans votre esprit : il y a des perturbations cognitives majeures : temps court / temps long, morcellement. La personne vit avec tout ça au quotidien. Donc quand vous êtes avec une problématique stabilisée et qu'une personne arrive des urgences, une autre qui a une crise... , vous êtes à chaque fois déstabilisée. L'EHPAD reste quand même le lieu où le temps long est le plus respecté. Il y a une certaine routine pour la personne. Vous n'avez pas une entrée tous les jours. Alors que nous en psychiatrie c'est quand même notre lot quotidien. Je caricature. Pour nos patients, ce n'est pas adapté. L'EHPAD est le moins mauvais choix, à défaut de structures mieux adaptées.

*Moi : mon intuition c'était aussi qu'on manquait de structures. Je pense qu'accueillir ces personnes-là en EHPAD c'est tout à fait faisable, il faut néanmoins que cela reste dans des proportions minoritaires, sinon il faut changer le personnel.*

Dr : Vous voyiez que finalement le vrai frein c'est cette incapacité relative du personnel à les accompagner.

Risque : mauvais accompagnement du résident. Cas de Mme M, avec des TOCS, toujours en demande. Une seule personne, reste gérable pour le personnel, qui l'accompagne au mieux. Mais, en majorité, ce ne serait pas possible pour le personnel de répondre à ces demandes. Une personne est gérable, les personnels ont compris sa pathologie. Question du parcours de ces personnes : les met-on là parce qu'on est contraint à l'hôpital et que, dès qu'ils arrivent à 60 ans, on peut les placer en EHPAD, c'est au final ce qui arrive, vu qu'on a vidé de leurs lits les hôpitaux : les PA se retrouvent en EHPAD, les SDF sont de plus en plus nombreux, est ce que la politique menée avec la psychiatrie a été bonne ?

Dr : Moi je n'ai pas bcp d'ancienneté, mais en discutant avec les collègues, moi j'ai toujours connu ça. Pour les collègues on a fermé des lits, mais on ne peut pas fermer les lits sans le corolaire : avoir d'énormes CMP avec énormément d'infirmières et de psychiatres en extra pour faire en gros de l'HAD. Presque de l'HAD : avoir une mission de prévention, voir régulièrement ces personnes qui devraient être hospitalisées, en les tenant, non pas par une visite tous les 15 jours mais bien plutôt par une visite tous les jours voir 2 fois par jour. Les gens, vous les tenez comme ça à l'extérieur, ils ont besoin de voir du monde, ... C'est un maillage : si vous fermez des lits. Or ce n'est pas ça qui a été fait. Effectivement, il y a des moyens sur le CMP mais qui sont totalement insuffisants par rapport à ce que nécessiterait une prise en charge adaptée et bienveillante des personnes qui ne sont pas hospitalisés mais qu'on veut maintenir à l'extérieur. Dans les faits, que se passe-t-il ? Il y a des moyens mais qui ne sont pas suffisants, il n'y a pas assez de lits qui ont été réduits, il n'y a pas de structures d'aval pour les patients chroniques : les patients chroniques restent dans ces unités, ce n'est pas bon pour eux et en plus ils monopolisent des lits. Les gens vont toujours mal, les pathologies mentales ne se sont pas réduites, donc les patients restent à l'extérieur, pour aller voir ces personnes, on va jusqu'à la crise. Là où, sur une première évolution symptomatique, la famille peut dire que ça ne va pas bien, et bien, non, on a une liste d'attente sur 3 mois, 4 mois (Marignane), 6 mois. Au final, au lieu d'aller faire de la prévention sur le terrain, et de pouvoir appréhender les choses avant la crise et éviter l'hospitalisation. Et bien, la personne se décompense, donc on arrive plutôt sur hospitalisation sous contrainte – on a des chiffres d'hospitalisation sous contrainte énorme. Donc les urgences sont immobilisées : on a souvent entre 1 et 4 personnes attachées en bas aux urgences, mais ici on n'a pas de lit. Résultat on

fait sortir des gens qu'on aurait voulu garder plus longtemps, on les fait sortir alors qu'ils ne sont pas forcément ultra stabilisés, donc ils reviennent aux urgences 15 jours après. Dans les faits c'est comme ça que ça se passe. Donc, au final, je pense que l'EHPAD est l'une des moins mauvaises solutions pour ces résidents-là, encore faut-il que l'on puisse l'EHPAD à la hauteur de la difficulté que donnent ces prises en charges là. Si on arrive à aider l'EHPAD et c'est un des objectifs, si ce n'est l'objectif principal de l'équipe mobile, d'aider à prendre en charge globalement les personnes qui présentent des troubles mentaux. Si on arrive à faire ça sur l'ensemble du territoire, ça peut aussi faire l'objet de partenariats. Il faut, que toute proportion gardée, il ne faut pas qu'il y ait trop de patients, en termes de lourdeur de PEC. Mais si chaque EHPAD peut accueillir quelques patients, en sachant qu'il y a une garantie de suivi, du moins une garantie d'écoute et de disponibilité pour débriefer psychiatrie, que ce soit avec l'équipe mobile ou avec le secteur ... Parce qu'au final il ne va pas y avoir d'EHPAD miracles, mi-psychiatrie, mi-gériatrie. Et qu'au final, il n'y aura pas de structure parfaitement adaptée aux patients, parce dans les EHPAD, à Montpellier, on a eu des retours de patients en consultations : « ils nous prennent pour des fous là-bas, la petite dame elle ne veut pas que je mange avec elle. Elle, elle ne me parle pas... » Il y avait une stigmatisation, au sein de l'EHPAD, du fait des résidents. Parfois, du fait de certains personnels à qui, ça pouvait renvoyer des choses, on n'est pas dans l'histoire de vie des personnels...

Quand on vient travailler en EHPAD, on n'a pas forcément choisi de venir travailler en psychiatrie : il y a toute une culture que les personnels en EHPAD n'ont pas forcément.

Ici, grosses problématiques locales de parcours...

*Moi : Lors construction équipe mobile gériatrie : quelles ont été les démarches, quel a été l'accueil des tutelles ?*

L'ARS a un plan / appel d'offre pour tout ce qui concerne la PEC psy des ados et des PA. Nous on est rentré dans ce cadre-là, on a monté un projet parce que la géronto-psy ça n'intéresse pas bcp de psychiatres. Il traîne encore dans l'esprit de beaucoup de professionnels que, quand on est vieux, on est dément, et la démence, ce n'est pas la psychiatrie. Ou alors, on relève de la psy mais ce n'est pas réhabilitable : préoccupons-nous plutôt des jeunes qui décompensent et pour qui il faut de l'énergie... D'ailleurs tout le système du secteur est construit autour de ça.





ROUSSEAU

Dina

08 décembre 2017

## DESSMS

Promotion 2017

### L'accueil des personnes en situation de handicap psychique en EHPAD : enjeux et motivations

#### **Résumé :**

L'accueil des personnes en situation de handicap liée à un trouble psychique peut s'avérer problématique pour un EHPAD autonome. Le vieillissement de ces usagers pousse pourtant aujourd'hui les établissements à accueillir ces personnes, alors même que ce n'était pas leur vocation première.

Ainsi, l'EHPAD autonome d'Istres est aujourd'hui confronté à ces problématiques face auxquelles il doit aujourd'hui s'adapter. Les pistes d'évolution sont, outre la création d'une structure spécifique dédiée à l'accueil de ces personnes, la mise en place d'un ensemble de mesures permettant aux personnels et à l'établissement de s'adapter et de proposer un accompagnement mieux approprié aux besoins de ces personnes.

Egalement, la complexité des profils rencontrés découvre les faiblesses d'un établissement autonome de petite taille et son incapacité à répondre seul à cette problématique. Aussi, l'inscription au sein d'un réseau s'impose pour l'EHPAD autonome qui doit s'intégrer dans une logique de filière sur le territoire afin de proposer un parcours cohérent et fluide pour ces résidents.

#### **Mots clés :**

EHPAD, Psychiatrie, Handicap psychique, Personnes handicapées vieillissantes, Gériatrie, Parcours de soin, Filière, Géro-psycho-geriatrie.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*

