



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **9 décembre 2016**

**La prise en charge de résidents
atteints de troubles psychiatriques en
EHPAD**

**Le cas du Centre Hospitalier de Soins
de Longue Durée du Territoire de
Belfort**

Marlène TECHER

Remerciements

Mes remerciements s'adressent très naturellement à M. Philippe Meyer, directeur du Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée du Territoire de Belfort. Je le remercie de m'avoir accueillie dans son établissement, de m'avoir accompagnée tout en me laissant une grande autonomie. Il m'a témoigné une grande confiance tout au long du stage. Je lui en suis reconnaissante.

Je remercie les professionnels de l'EHPAD de Delle et du bâtiment Marcel Braun pour l'éclairage qu'ils ont apporté à ma réflexion quant à l'accompagnement des résidents souffrant de troubles psychiatriques.

Enfin, je remercie les professionnels membres du groupe projet sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Je fais le vœu que le travail que nous avons mené ensemble permette aux personnels soignants de mettre leurs aptitudes au profit des résidents du CHSLD.

Pour le bien-être des professionnels et des résidents.

Sommaire

Introduction	1
1. La psychiatrie du sujet âgé aujourd'hui en France	5
1.1 Les troubles psycho-comportementaux du sujet âgé	5
1.1.1 La dépression du sujet âgé, un problème de santé publique d'une population fragilisée	5
1.1.2 Les troubles psychiatriques anciens ou récemment diagnostiqués : entre psychogériatrie et géronto-psychiatrie	6
1.1.3 La délicate frontière entre démence et psychiatrie.....	7
1.2 La prise en charge de la personne âgée : une priorité de la psychiatrie	9
1.2.1 Les grandes orientations nationales	9
1.2.2 La fracture entre sanitaire et médico-social : une culture différente et des coopérations difficiles.....	11
1.2.3 L'émergence de dispositifs de coopération	14
1.3 Les difficultés d'accueil en EHPAD	16
1.3.1 Les aspects financiers.....	16
1.3.2 Une cohabitation difficile avec les autres résidents.....	18
1.3.3 Des équipes soignantes non préparées à ces pathologies complexes	20
2. L'accompagnement des résidents atteints de troubles psychiatriques au Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée du Territoire de Belfort	23
2.1 Les atouts du CHSLD dans l'accompagnement des résidents psychiatriques	23
2.1.1 Une présence médicale renforcée et spécialisée au sein de l'établissement	23
2.1.2 Des alternatives à la prise en charge médicamenteuse	24
2.1.3 Un partenariat avec le Centre Hospitalier Spécialisé de psychiatrie voisin .	26
2.2 Des locaux inadaptés qui rendent l'hébergement et l'accompagnement des résidents dangereux	27
2.2.1 Un bâtiment dédié à l'accueil de ces résidents pour des raisons historiques	27

2.2.2	Des locaux qui ne permettent pas l'accompagnement de résidents « difficiles ».....	29
2.2.3	Des normes de sécurité qui ne sont pas respectées.....	31
2.3	Des professionnels en souffrance et en difficulté.....	33
2.3.1	Des équipes sous-dimensionnées pour répondre aux besoins des résidents.	33
2.3.2	Un accompagnement des résidents inadapté	35
2.3.3	Des professionnels en souffrance.....	36
2.3.4	Des conséquences graves en termes d'image et d'attractivité de l'établissement.....	37
3.	Entre unité spécialisée et intégration en milieu ordinaire : des orientations guidées par la question architecturale	39
3.1	Des unités de géronto-psychiatrie pour professionnaliser l'accompagnement	39
3.1.1	Un bâtiment de géronto-psychiatrie au service de la psychiatrie du sujet âgé	39
3.1.2	Une proposition portée par le Projet Médical.....	40
3.1.3	Un projet de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences	42
3.2	La reconstruction du CHSLD : la question architecturale au cœur de l'organisation médicale.....	44
3.2.1	Interchangeabilité et interopérabilité du bâti	44
3.2.2	Un projet de reconstruction figé ; des organisations à définir	46
3.2.3	Les évolutions nécessaires à l'accueil des résidents psychiatriques.....	48
3.3	Une démarche pour l'inclusion de ces résidents	51
3.3.1	Les effets liés à la stigmatisation des troubles psychiatriques.....	51
3.3.2	La création d'une unité SAS permettant ensuite l'inclusion des résidents en unité l'EHPAD classique	53
3.3.3	Les limites de l'inclusion	55
	Conclusion.....	57
	Sources et bibliographie.....	I
	Liste des annexes	VII

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
AHBFC : Association Hospitalière Bourgogne Franche-Comté
ALD : Affection Longue Durée
AMP : Association Mondiale de Psychiatrie
AMP : Association Mondiale de Psychiatrie
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM : l'Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHSLD : Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNSA : Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DRH : Directeur des Ressources Humaines
DSI : Directeur des Soins Infirmiers
DU : Diplôme Universitaire
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante
EPS : Etablissement Public de Santé
ESSPER : Equipe Stable de Soins de Proximité Eclatée et Réactive
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHF : Fédération Hospitalière de France
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GIR : Groupes Iso-Ressources
GMP : Gir Moyen Pondéré
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil en Santé Publique

HNFC : Hôpital Nord Franche-Comté

INPES : Institut National de Prévention et d'Education en Santé

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MBI : Maslach Burnout Inventory

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PAQUID : Personne Agée Quid

PPSM : Plan Psychiatrie et Santé Mentale

PPSM : Plan Psychiatrie et Santé Mentale

PRS : Programme Régional de Santé

SROMS : Schéma Régional de l'Offre Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

« Ainsi, les fous vieillissent aussi ... Mais alors, que deviennent-ils ?¹ »

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, entre 2015 et 2050, le pourcentage d'adultes âgés de plus de 60 ans devrait doubler, passant de près de 12 % à 24 %.

On a longtemps considéré la santé des personnes âgées uniquement en termes d'espérance de vie. La question de la qualité des années de vie gagnée a ensuite suscité de nombreuses recherches, démontrant que l'espérance de vie sans invalidité physique a, elle aussi, beaucoup augmenté, retardant de fait la dépendance physique. Il apparaît aujourd'hui que la dépendance psychique représente une dimension déterminante de la santé des personnes âgées.

Environ 15% des personnes de plus de 60 ans souffrent d'un trouble mental, et les troubles neuropsychiatriques y représentent 6.6 % des incapacités totales.

Ainsi, un patient schizophrène sur sept aurait plus de 65 ans.

Si la psychiatrie française s'est longtemps montrée réticente à s'intéresser de façon spécifique au grand âge, le vieillissement de la population conduit un certain nombre de spécialistes, psychiatres et gériatres à se préoccuper des troubles psychiatriques des âgés.

Si des troubles psychiatriques peuvent apparaître chez une personne âgée sans antécédent, la prise en charge de personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques requiert une prise en charge spécifique. Par ailleurs, l'intrication de différentes pathologies somatiques et psychiatriques chez ces personnes rend l'accompagnement complexe. Pourtant, il n'est pas rare qu'elles soient admises en EHPAD, et ce dès 60 ans. Compte-tenu de la diminution du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie, et dans le prolongement d'une politique de désinstitutionalisation dans ce secteur, le recours à cette dernière alternative devrait augmenter dans les années à venir.

Or, on constate des ruptures dans le parcours de ces personnes que se renvoient tour à tour un secteur médico-social réticent et un secteur psychiatrique contraint.

En tant que directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, ce thème pose la question des populations accueillies en EHPAD, ainsi que la question des compétences et des aptitudes nécessaires à l'accompagnement de publics au profil particulier. Ce sujet revêt dès lors une forte dimension managériale. En termes de gestion des ressources humaines, il pose la question du dimensionnement des effectifs, de la formation des professionnels, de leur accompagnement et de la souffrance au travail. Stratégiquement, il

¹ CLAVEREAU L., 2010, L'information psychiatrique, Psychiatrie du sujet âgé : enjeux cliniques et institutionnels, vol 86, n°1, 39-47

interroge le projet médical de l'établissement et son engagement en termes d'accueil et d'offre de prise en charge.

Il permet enfin d'approfondir le profil de ces personnes âgées, qui n'ont plus leur place en établissement de psychiatrie, et qui peinent à trouver leur place en EHPAD. Quelles solutions, quelles perspectives pour ces personnes ?

Le Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée du Territoire de Belfort est un établissement public, sanitaire et médico-social de 449 lits, répartis sur 3 sites et 5 bâtiments dont le Foyer Marcel Braun. Ancien foyer logement associatif, la gestion de cet établissement a été transférée au CHSLD en 2010. Cette structure s'est alors transformée en un EHPAD de 98 lits. 50% des résidents de ce bâtiment sont d'anciens patients de psychiatrie.

En outre, l'établissement est engagé dans un projet de reconstruction totale, qui aboutira à la livraison de 270 lits neufs en juin 2018 et de 120 lits neufs en juin 2019. Ce projet immobilier est assorti d'une remise en cause complète des organisations. La définition des nouvelles organisations médicales est une des missions qui m'a été confiée pendant mon stage. Dès lors, je me suis interrogée sur la proportion importante de résidents souffrant de pathologies psychiatriques dans ce bâtiment : pourquoi ces résidents sont-ils là, dans ces proportions, de quel accompagnement et de quels soins bénéficient-ils ? Quels sont les atouts et les limites de la prise en charge proposée par l'établissement ?

A l'issue d'une période d'observation, j'ai choisi de travailler sur les hypothèses suivantes : le partenariat existant avec le CHS serait sous-dimensionné par rapport aux besoins de la structure et de ses résidents. Il semble par ailleurs, que les professionnels n'aient ni les compétences ni les aptitudes leur permettant d'apporter une réponse satisfaisante aux résidents. Enfin, le bâtiment ne paraît pas adapté à l'accompagnement de ce type de population, et par conséquent, l'environnement rend les pratiques dangereuses.

Je me suis intéressée à cette question, notamment à la lumière d'une analyse documentaire et bibliographique relative à la psychiatrie du sujet âgé, et grâce à un travail d'observation sur les différents sites de l'établissement. Je me suis également beaucoup appuyée sur les apports de 14 entretiens semi-directifs.

Le plan de ce travail s'articule donc autour de trois parties.

Je commence par dresser un état des lieux de la psychiatrie du sujet âgé aujourd'hui en France, pour m'intéresser ensuite au mode d'accompagnement des résidents atteints de troubles psychiatriques au CHSLD. Nous verrons ensuite qu'entre unité spécialisée, et intégration en milieu ordinaire, les orientations prises par le CHSLD seront nécessairement guidées par la question architecturale et par les limites à l'inclusion de ces personnes en unité d'EHPAD classique.

NOTE METHODOLOGIQUE

Pour mener à bien ce travail d'analyse et de recherche, j'ai mobilisé plusieurs outils pendant et après mon stage de professionnalisation au CHSLD.

J'ai réalisé 13 entretiens semi-directifs individuels de personnes de plusieurs catégories socio-professionnelles, sur la base d'une grille d'entretien adaptée à chaque profil d'audité. Ainsi, j'ai rencontré des gériatres du CHSLD et d'autres structures, ainsi que des psychiatres de l'Association Hospitalière Bourgogne Franche-Comté (AHBFC). J'ai rencontré le directeur de l'EHPAD de Maison Blanche à Beaucourt, afin qu'il puisse me présenter et me faire visiter l'unité transitionnelle de l'hôpital psychiatrique à l'EHPAD, mise en place depuis 2013 dans son établissement. J'ai également mené des entretiens auprès d'un directeur des ressources humaines et d'un directeur des soins de deux centres hospitaliers psychiatriques, afin d'évoquer avec eux les problématiques rencontrées en établissement psychiatriques en termes de ressources humaines et notamment les modalités de recrutement des professionnels de santé.

Une co-pilote MAIA et Coordinatrice du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) a été rencontrée également pour évoquer les questions relatives aux parcours des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques.

J'ai rencontré une résidente du bâtiment Marcel Braun du CHSLD. Il s'agit du bâtiment qui concentre actuellement au CHSLD la proportion de résidents souffrant de troubles psychiatriques la plus importante.

Constitué de 5 bâtiments sur 3 sites différents, le CHSLD comprend un EHPAD qui se différencie des autres bâtiments parce qu'il est géographiquement éloigné des autres. Il fonctionne dès lors en relative autonomie, et il m'a paru intéressant d'y analyser le mode de prise en charge des 4 résidents psychiatriques de cette structure d'une capacité de 56 lits. C'est dans ce cadre que j'ai mené un entretien collectif avec 3 professionnels de l'EHPAD de Delle, autour de l'accompagnement de 2 résidents :

- M. P., 62 ans, souffrant d'un syndrome dépressif important et de troubles compulsifs. Il a été institutionnalisé en hôpital psychiatrique pendant plusieurs années, puis son établissement a fait une demande d'entrée à l'EHPAD, dans la mesure où il ne pouvait pas regagner son domicile

- Mme V., 67 ans, qui souffre de troubles bipolaires depuis l'âge de 12 ans. Hospitalisée en psychiatrie de longue date, elle a rencontré son mari en psychiatrie. Ce dernier s'est suicidé en 1988. Elle est arrivée à l'EHPAD en 2013. Depuis son arrivée, elle a fait de nombreux séjours de rupture en psychiatrie.

J'ai ainsi pu mener un entretien approfondi avec l'infirmière référente, l'aide-soignante référente et l'animatrice de M. P et Mme V.

J'ai également rencontré ces 2 résidents sans pour autant pouvoir mener un entretien réel avec eux, compte-tenu de leur état psychique. Mme V. n'avait pas envie de parler : « je ne veux pas vous parler ; j'ai pas envie » m'a-t-elle dit. M. P. m'a simplement dit que tout allait bien pour lui dans cette structure, qu'il n'avait besoin de rien de particulier, mais qu'il aimerait avoir des nouvelles de ses enfants.

Parallèlement à ces entretiens, j'ai mené un travail d'observation principalement à Marcel Braun ainsi que dans l'unité de psychiatrie du sujet âgé de l'AHBFC, et dans l'unité transitionnelle de Maison Blanche.

J'ai ainsi pu me rendre compte des différents profils de patients / résidents, et des différents modes d'accompagnement entre ces différentes structures et le CHSLD.

J'ai, en outre, mené des recherches bibliographiques importantes en ce qui concerne la psychiatrie en général et la psychiatrie du sujet âgé en particulier.

J'ai également mené un travail d'analyse documentaire, grâce à l'ensemble des documents de travail, présentations, conventions, projets que j'ai collectés pendant mon stage.

Enfin, j'ai eu la chance de participer durant mon stage à la conférence « Pathologies mentales : mieux comprendre pour mieux agir » organisée en mars 2016 par l'AHBFC et la Plateforme de coordination psychiatrie et santé mentale de l'Aire Urbaine. Au programme de cette conférence figuraient notamment des interventions de psychiatres et de gériatres, autour des questions de dépression du sujet âgé et des troubles psycho-comportementaux des personnes âgées.

1 La psychiatrie du sujet âgé aujourd'hui en France

1.1 Les troubles psycho-comportementaux du sujet âgé

1.1.1 La dépression du sujet âgé, un problème de santé publique d'une population fragilisée

Les troubles anxieux et dépressifs touchent près de 25% de la population.² La dépression, se caractérise par la tristesse, la perte de plaisirs, d'appétit et de poids. La personne dépressive peut avoir des idées suicidaires ou délirantes. Chez la personne âgée, ce tableau est moins franc, voire différent, ou masqué par des symptômes orientant vers d'autres choses : masque somatique, anxieux, délirant, hostile, démentiel.

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé.³

Bien qu'en termes d'épidémiologie, les données soient incomplètes, on estime que la dépression caractérisée concerne entre 5 et 15% des personnes âgées de 60 ans et plus, tandis qu'un quart des suicides concernent cette même classe d'âge. Les résultats de l'étude PAQUID, menée sur une cohorte de 3777 personnes âgées de plus de 65 ans de la population générale de la région Aquitaine, indiquent un taux de prévalence de symptômes dépressifs identifiés de 15,9%.⁴ En outre, la prévalence de cette pathologie est beaucoup plus importante dans les structures d'hébergement de type EHPAD que dans la population générale.⁵

Fortement liée à la présence d'affections somatiques, et à la dépendance physique, aggravée par l'isolement social, affectif ou géographique, cette maladie s'enracine chez des personnes fragilisées par des événements de la vie, conflits, pertes affectives dont souffrent souvent les âgés. Ce constat s'inscrit par ailleurs, dans un contexte général d'émergence des conduites addictives, de stress lié aux exigences professionnelles et sociales, de précarisation et d'isolement des âgés.

Enfin, la dépression peut être l'élément révélateur d'un syndrome démentiel débutant. Il est par conséquent fondamental de mettre en œuvre les moyens nécessaires permettant dépistage et prévention. Cependant, la dépression est sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée au niveau des soins primaires. Les symptômes de dépression du sujet âgé sont souvent négligés et non traités car ils coïncident avec d'autres problèmes liés à l'avancée en âge.

² Pr SECHTER D., 2016, Conférence pathologies mentales : mieux comprendre pour mieux repérer et mieux agir

³ Dr FREMONT P., Améliorer le prescription de psychotropes chez le sujet âgé – mis en ligne le 12 janvier 2009, disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms>

⁴ NEJJARI C., DARTIGUES JF., 1996, Vieillesse - santé - société. , Paris : INSERM, pages 79-99

⁵ Dr FREMONT P., BELMIN J., Dépression du sujet âgé, 360° Psychiatrie

1.1.2 Les troubles psychiatriques anciens ou récemment diagnostiqués : entre psychogériatrie et géro-psihiatrie

On regroupe sous la terminologie « psychiatrie du sujet âgé », trois types de situation qui requièrent une prise en charge particulière. Les personnes qui souffrent d'une pathologie psychiatrique ayant débuté à l'âge adulte et qui avancent en âge constituent une première catégorie de personnes. Ces malades chroniques sont généralement dans des structures sectorisées depuis de nombreuses années, ou accompagnés à domicile par des familles ou des parents, eux aussi vieillissants. Ils sont principalement psychotiques (hallucinations, délires, paranoïas), bipolaires (psychose maniaco-dépressive, troubles de l'humeur), ou schizophrènes (distorsion fondamentale de la pensée et de la perception, affects inappropriés). On parle alors de psychoses vieilles, ou de psychotiques vieillissants. Lorsqu'ils atteignent l'âge de 65 ans, la question de leur dernier lieu de vie se pose avec acuité. Bien que l'intensité des psychoses diminue avec l'avancée en âge, elles ne permettent pas aux patients d'être suffisamment autonomes pour habiter seuls.

La seconde catégorie concerne des personnes qui présentent un premier trouble psychiatrique inaugural après 60 ans. On parle de psychose à survenue tardive.

Les patients qui présentent des symptômes psycho-comportementaux dans le cadre d'une pathologie neurodégénérative ou cérébro-vasculaire de type démentiel constituent la troisième catégorie de personnes.

La psychiatrie de la personne âgée est une des branches les plus jeunes de la psychiatrie. Ce n'est qu'en 1980 que la psychiatrie de secteur a commencé à s'intéresser aux personnes âgées ; le gériatre JM Léger a créé la société de psychogériatrie en 1984. On parle aujourd'hui de psychiatrie de la personne âgée ou de l'âge avancé.

La déclaration de consensus sur la psychiatrie de la personne âgée rédigée par l'OMS⁶ indique que « cette spécialité s'occupe de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences, particulièrement des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des démences, des psychoses de l'âge avancé et des toxicomanies. Elle traite en outre les patients âgés souffrant de maladies psychiatriques chroniques. »

La géro-psihiatrie, ou psychiatrie gériatrique, traite des pathologies psychiatriques qui apparaissent avec l'avancée en âge, ou des pathologies chroniques. Elle propose une prise en charge spécifique, qui place le patient au cœur d'une collaboration entre psychiatres et gériatres avec un objectif de meilleure efficacité thérapeutique. Par ailleurs, l'OMS et l'Association Mondiale de Psychiatrie définissent la psychogériatrie comme étant la branche de la psychiatrie qui est une partie intégrante des soins multidisciplinaires de santé mentale fournis aux personnes âgées. La prise en charge de la démence appartient à cette approche.

⁶ http://www.who.int/mental_health/media/en/consensus_elderly_fr

Cependant, on constate aujourd'hui une certaine ambiguïté entre psychogériatrie et géro-psycho-geriatrie. Le Dr DAHMANI indique⁷ à cet égard qu' « au-delà du positionnement au premier plan de 'psycho' ou de 'géro', il est plus pertinent de s'interroger sur la typologie diagnostique et symptomatologique des patients au sein des structures sanitaires ou médicosociales. L'observation de différents établissements permet en effet de constater qu'il n'y a pas beaucoup de différences dans la population accueillie, et que l'on se situe bien souvent plus dans un partage que dans une complémentarité ». Derrière l'ambiguïté des termes, se cache une certaine ambiguïté des prises en charge, et l'on constate que psychogériatrie et géro-psycho-geriatrie sont en réalité, constamment intriqués.

A cet égard, comme l'indique en 2014 le Pr PLOTON⁸, les filières de psychiatrie gériatriques sont essentielles, mais beaucoup trop rares. En effet, peu de structures ont mutualisé les moyens nécessaires pour mettre en place des unités protégées dédiées aux personnes âgées. Cela pose dès lors trois problèmes : celui des malades mentaux âgés que malheureusement tout le monde se rejette, le problème des décompensations psychiques dues au grand âge, et celui de la prise en charge des pathologies cognitives de type Alzheimer. En effet, certains troubles à prédominance psychiatrique sont difficilement pris en charge dans des unités ayant une plus forte composante gériatrique.

1.1.3 La délicate frontière entre démence et psychiatrie

Les maladies neurodégénératives s'accompagnent fréquemment de pathologies, symptômes ou troubles du comportement dont la prise en charge fait appel à une compétence psychiatrique. Dans des moments de lucidité, certaines personnes démentes, développent des troubles psychiques. La frontière entre démence et psychiatrie est donc ténue. Cependant, il est essentiel de noter que la démence et notamment la maladie d'Alzheimer ne sont pas des maladies psychiatriques : or, on note des amalgames fréquents entre démence et psychiatrie, dans la mesure où les troubles psychiques engendrés par les démences relèvent de la psychogériatrie. Ainsi, neurosciences et psychiatrie entretiennent des relations complexes. En effet, « l'explication dans les neurosciences est une explication de type mécaniste, et la question des relations entre psychiatrie et neurosciences est, pour une part importante, la question de la possibilité de l'extension de l'explication mécaniste à des contextes où, traditionnellement, elle a paru ne pas pouvoir s'appliquer, comme celui de la psychopathologie »⁹. Les neurosciences n'ont pas le même rapport à la pathologie que la psychiatrie.

⁷ Dr DAHMANI, 2012, Géro-psycho-geriatrie ou psychogériatrie, deuxième journée ville hôpital, Thiers

⁸ PLOTON L., 2014, <http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20140204-psychiatrie-l-offre-de-soins-gero-psycho-geriatrie>

⁹ FOREST D., « La frontière entre psychiatrie et neurosciences. Mécanismes et croyances délirantes », Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem 2008/1 (N° 2), p. 147

A partir de 1850, l'identification de plusieurs pathologies mentales engendre une scission entre neurologie et psychiatrie. La neurologie s'occupe des maladies liées à des lésions du système nerveux : maladie de Parkinson, chorée de Huntington, Epilepsie, tandis que la psychiatrie s'intéresse aux dérèglements du comportement : hystérie, troubles obsessionnels compulsifs¹⁰. Ainsi, la spécialité de neuropsychiatrie disparaît, au profit de praticiens spécialisés soit en neurologie, soit en psychiatrie. L'arrêté du 30 décembre 1968 marque la scission définitive entre les deux disciplines.

Ainsi, la psychogériatrie se situe au carrefour de plusieurs spécialités que sont la gériatrie, la neurologie et la psychiatrie. Longtemps considérée comme le parent pauvre de la psychiatrie, handicapée par sa position frontière entre plusieurs spécialités, elle est considérée comme synonyme de chronicité, d'absence de perspectives et de longs séjours hospitaliers. En outre, la stigmatisation de la maladie mentale est encore plus dévastatrice chez la personne âgée que chez l'adulte, cultivant une image de désolation psychique.

Cependant, peu à peu, des enjeux nouveaux s'imposent : vieillissement démographique continu associé à une hausse constante des pathologies psychiatriques et des démences, impact lourd sur les professionnels de santé, impacts socio-économiques, épuisement psychique des aidants. Ainsi une image de la psychogériatrie moderne s'impose progressivement, intégrant les progrès des neurosciences et l'émergence d'une nouvelle sensibilité à la psychiatrie en termes de politiques publiques.

Si le psychogéront B. Poch publie en 2009 « un plaidoyer pour une filière de soin en psychogériatrie¹¹ », c'est parce qu'il est rare de proposer au patient et à sa famille une démarche pluridisciplinaire et coordonnée. Ainsi, comme j'ai pu l'observer sur mon terrain de stage, les patients déments ne sont pas les bienvenus en hospitalisation psychiatrique, alors même qu'ils ont besoin d'une prise en charge psychiatrique. Plusieurs raisons sont invoquées :

- La cohabitation entre patient dément et patient psychiatrique est compliquée
- Les unités de psychiatrie du sujet âgé sont des unités de géro-psi-chiatrie, et non pas des unités de psychogériatrie.
- La démence relève des gériatres et non pas des psychiatres.

Face au vieillissement de la population, se pose une double problématique de santé mentale : d'une part, celle de la prise en charge des patients psychiatriques vieillissants, qu'ils soient stabilisés ou non, et d'autre part, celle de la prise en charge des troubles psychiques liés à l'avancée en âge. La problématique prégnante au CHSLD est celle des résidents psychiatriques vieillissants : c'est donc sur cette catégorie de personnes que se focalise ma réflexion.

¹⁰ PICARD JF., 2014, Neurologie, Psychiatrie et Neurosciences, Histoire de la recherche médicale en santé publique dans la France du XXème siècle

¹¹ POCH B., 2009, Plaidoyer pour une filière de soin en psychogériatrie – NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie – 9, 179 - 182

1.2 La prise en charge de la personne âgée : une priorité de la psychiatrie

1.2.1 Les grandes orientations nationales

Selon la CNAM, un million deux cent mille personnes étaient en affection psychiatrique de longue durée au 31 décembre 2013, la psychiatrie étant la 5ème ALD la plus importante en France. La CNAM identifie par ailleurs les pathologies psychiatriques comme son second poste de dépenses en 2013. La Cour des comptes estime dans son rapport de 2011¹² que le coût indirect de ces troubles (perte de production et perte de la qualité de vie associée), est de 107 milliards d'euros par an.

La politique de psychiatrie est élaborée autour d'une organisation territoriale dans une optique de désinstitutionalisation, avec un objectif d'équilibre, entre sécurité et respect des droits des malades.

Ainsi, depuis la circulaire du 15 mars 1960, le système de santé mental est sectorisé. Confirmée par la loi du 31 décembre 1985¹³, cette organisation est réaffirmée à travers la loi de modernisation du système de santé. Dans son article 69, la loi de 2016 prévoit en effet le renforcement de l'organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie, par l'intermédiaire du projet territorial de santé mentale « dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ».

Poursuivant leur stratégie de désinstitutionalisation, au cours des trente dernières années, les établissements psychiatriques ont diminué de moitié leurs capacités d'hospitalisation complète et le processus se poursuit encore. Ainsi, 80 % des patients psychiatriques sont désormais suivis en ambulatoire.

Au niveau international, l'OMS a adopté en 2013 son plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. L'Union Européenne a élaboré un pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Parmi les cinq priorités mises en exergue par ce document signé en 2008 par la France, figure la santé mentale des personnes âgées.

En France, deux plans ministériels successifs¹⁴ depuis 2005 ont mis la santé mentale à l'agenda politique. Tout récemment, le Haut Conseil de Santé Publique a été chargé par la Direction Générale de la santé, d'évaluer les actions menées dans le cadre du plan 2011-2015¹⁵, et d'élaborer des recommandations. Ces éléments doivent être repris dans le cadre des projets territoriaux de santé. Il préconise « d'organiser une psychiatrie du sujet âgé,

¹² COUR DES COMPTES, 2011, L'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010)

¹³ LOI n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

¹⁴ Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008,

¹⁵ HCSP 2016, Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

davantage identifiée, coordonnée et développée dans ses modalités d'intervention et de formation des professionnels ». Le rapport met en exergue les difficultés auxquelles sont confrontés les patients de psychiatrie vieillissants et indique que le développement d'EHPAD spécialisés peut être une solution, dans la mesure où ces personnes ne sont pas nécessairement accueillies en EHPAD classique. La question de l'intervention des équipes de psychiatrie au sein des établissements médico-sociaux est posée, jugée limitée et insuffisante. La psychiatrie de liaison doit être renforcée et des initiatives nouvelles sont encouragées : télémédecine, unités mobiles de psycho-gériatries, création d'unités non sectorisées de psychiatrie du sujet âgé.

Parmi les axes de travail figurant au plan 2011-2015, la réduction de l'hospitalisation au long cours répond à une sollicitation forte des pouvoirs publics, dans la mesure où la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, avant dissolution, a considéré que 60 à 70% des hospitalisations au long cours en psychiatrie sont inadéquates. Les ARS et les établissements se sont donc mobilisés sur ce sujet. Cependant, la réduction de ces séjours est freinée par le manque de logement à destination des patients, et par la difficile question de l'aval : quelles possibilités de logement proposer à ces personnes ?

Il est intéressant de noter que pendant la durée de ce dernier plan national, la psychiatrie a été mise à l'agenda de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, de l'Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et de la Haute Autorité de Santé. La problématique de la trajectoire des patients de psychiatrie vieillissants et des troubles psychiques de la personne âgée sont au programme des études qui ont été menées, et des recommandations qui sont faites.

En outre, les rapports publics relatifs à la psychiatrie et santé mentale se succèdent depuis de nombreuses années. Ainsi, dans son rapport de 2013 sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie¹⁶, D. Robiliard rappelle l'existence de 15 rapports entre 2000 et 2009, apportant de nombreuses recommandations communes à l'ensemble des rapports. Il déplore l'inertie des professionnels, le manque de volonté politique, et propose que l'on mette enfin en œuvre les propositions faites de longue date. Il regrette que le secteur ait été « le lieu d'une prise en charge totale au lieu d'être celui d'une prise en charge globale, privilégiant la protection de la personne plutôt que son intégration ». Il rappelle également le manque d'articulation entre les structures sanitaire et médico-sociale, tout comme l'hétérogénéité des secteurs et des prises en charge qui nuisent à l'objectif initial de prise en charge. Il rappelle que les personnes âgées victimes de troubles psychiatriques en établissement figurent parmi les personnes oubliées, en raison du manque de structures médico-sociales adaptées aux troubles psychiatriques. Il établit un certain nombre de

¹⁶ COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, ROBILIARD D., décembre 2013, Rapport d'Information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

propositions à destination des résidents psychiatriques en EHPAD : la création « d'équipes mobiles psychiatrie précarité », des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé, une meilleure prise en charge dans les EHPAD et la mise en place de passerelles et de conventions entre EHPAD, hôpital et psychiatrie.

Ainsi, d'une part la psychiatrie et la santé mentale deviennent une préoccupation majeure des principales institutions, et d'autre part la psychiatrie du sujet âgé devient une priorité pour la psychiatrie. La prise en charge de personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques ne peut s'envisager que dans le cadre d'actions de coopérations réelles entre les acteurs du sanitaire et du médico-social. Cette évidence se heurte cependant à deux difficultés majeures : d'une part ces deux secteurs communiquent difficilement en raison de cultures professionnelles différentes. D'autre part, cette coopération nécessaire, réclamée de longue date, peine à se mettre en place, au dépend des usagers.

1.2.2 La fracture entre sanitaire et médico-social : une culture différente et des coopérations difficiles

Depuis la loi relative à la sectorisation, l'ensemble des textes relatifs à la psychiatrie favorisent l'articulation entre sanitaire et médico-social. Pour autant, « le sanitaire et le médico-social sont deux milieux différents, avec des priorités différentes, une appréhension du temps différente, des temps de réactions différents, des ratios de personnel différents. »¹⁷ On parle dès lors d'une culture sanitaire, et d'une culture médico-sociale. Ces deux secteurs souffrent d'un cloisonnement ancien et institutionnel.

Si la culture sanitaire est profondément marquée par l'histoire des hôpitaux à l'origine desquels figure l'ordonnance Debré de 1958¹⁸, la culture médico-sociale s'enracine dans les deux lois du 30 juin 1975¹⁹. La loi 75-735 est considérée comme l'acte fondateur de l'identité du secteur social et médico-social, gage d'autonomie d'un secteur jusque-là non dissocié du secteur hospitalier. Ainsi, le secteur sanitaire est régi par le code de la santé publique, tandis que le secteur médico-social obéit au code de l'action sociale et des familles.

Modalités de planification, régime d'autorisations, modalités de financement, sont autant de dispositifs qui ont contribué à la fracture entre sanitaire et médico-social. Au-delà des facteurs institutionnels, de nombreux facteurs culturels contribuent au cloisonnement entre ces deux secteurs.

¹⁷ Cf entretien n°3

¹⁸ ORDONNANCE N°58-1373 du 30 décembre 1958 CREATION DE CENTRES HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES, REFORME DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL ET DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE MEDICALE

¹⁹ LOI 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées, et LOI 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Depuis plusieurs années, les hôpitaux sont soumis à des contraintes économiques fortes en raison de dérives constatées dans le domaine de la santé. Par conséquent, ces dernières années ont vu le développement d'une pensée technocratique à l'hôpital, matérialisée par le développement des services administratifs hospitaliers, garants de la recherche de performance et d'efficacité des établissements. Progressivement, la culture sanitaire a basculé d'un cadre essentiellement humaniste à un cadre managérial.

Le secteur médico-social, même si son mode de financement converge progressivement vers le modèle hospitalier, reste pour l'instant relativement préservé face à ces logiques économiques. L'histoire du secteur prend racine dans le fait qu'au cours du siècle dernier, l'Etat ne pouvait pas subvenir à tous les besoins. Les associations de familles y ont donc répondu en créant des établissements répondant à des objectifs précis en termes de prise en charge, afin d'accueillir des patients présentant des pathologies pour lesquelles l'hôpital classique ne pouvait proposer une solution adéquate. La complémentarité avec le sanitaire se situe donc dans l'essence même du médico-social, dans un rapport de dépendance logique, voire chronologique.

Naturellement, la notion de chronicité s'avère dès lors une notion qui différencie sanitaire et médico-social, dans une logique manichéenne. Le sanitaire est centré sur les moments aigus de la prise en charge, avec des soignants de plus en plus spécialisés et focalisés sur les soins urgents. Le médico-social prend en charge les périodes chroniques, grâce à du personnel éducatif, des aides-soignantes, des assistants médico-psychologiques, permettant un accompagnement de la vie quotidienne et la poursuite de soins courants. Par conséquent, la qualité de vie quotidienne des personnes accueillies est une question essentielle en établissement médico-social, ce qui n'est pas le cas en secteur sanitaire en raison de durées moyennes de séjour de courte durée.

Le secteur sanitaire prend en charge le « cure », c'est-à-dire les soins de réparation ou de traitement de la maladie, tandis que le secteur médico-social inscrit son action dans la notion anglo-saxonne de « care ». Carol GILLIGAN qualifie le « care » comme une façon de prendre soin d'autrui, un souci prioritaire des rapports avec autrui, dans un échange entre le professionnel et l'usager.²⁰ « Au sens étymologique du terme, l'approche médico-sociale permet de conjuguer, en contrepoint d'un projet de soins, un véritable projet de vie, d'animation, de socialisation, voire de réinsertion en milieu ordinaire. »²¹

²⁰ GILLIGAN C., in ZIELINSKY A., 2010, L'éthique du care, une façon de prendre soin, Etudes n°4136, p632

²¹ BAUDURET JF., in JAEGER M., 2012, L'articulation du sanitaire et du social, 3^{ème} édition, Préface p13

Structurellement, les pratiques médicales sont donc différentes au sein de ces deux secteurs. L'hôpital, lieu de transmission de savoirs à acquérir, hiérarchisé, est un monde au centre duquel se trouve la maladie. « Dès sa formation à l'université, on apprend au médecin à s'occuper de maladies, pas de patient, pas d'usager. »²² La psychiatrie est moins somaticienne et crée du lien entre la pathologie et l'histoire de vie du patient. L'individu y est ainsi reconnu dans sa globalité, et les interactions psycho-environnementales y sont étudiées. Dans sa préface à l'ouvrage de Marcel JAEGER, Jean-François Bauduret indique : « La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. La séquence couverte allant de la prévention à la réinsertion sociale, on peut ainsi considérer que la psychiatrie est une discipline véritablement médico-sociale, non pas au sens juridique du terme, (...) mais dans sa réalité profonde ».²³

En termes de pratique médicale, le médico-social est donc finalement proche de la psychiatrie. Acteur d'une équipe pluridisciplinaire, le médecin y tient un rôle d'évaluateur et de prescripteur. Expert dans son domaine au même titre que les autres professionnels, il sait que le social occupe une place importante dans la prise en charge de l'usager. « Entrer dans le monde médico-social est un choix délibéré : il s'agit de s'occuper autrement des affaires de la médecine et du malade, en se donnant du temps pour la réflexion en groupe. »²⁴ Les notions d'équipe pluridisciplinaire et de partage des responsabilités s'imposent au médecin dans la mesure où il doit concilier le traitement organique avec une partie psycho-socio-éducative, beaucoup moins cartésienne. Cependant, les médecins qui œuvrent dans le secteur médico-social souffrent d'un manque de reconnaissance de leurs compétences par leurs confrères du sanitaire. Cela conduit à l'affirmation d'identités professionnelles marquées, et nuit aux nécessaires actions de coopération.

Le déficit de dialogue organisé entre les acteurs du sanitaire et du médico-social engendre des dysfonctionnements qui pourraient être évitées par une meilleure anticipation, et des prises de relais entre les différents professionnels. Bien que relevant officiellement du secteur sanitaire, les pratiques médicales convergentes entre la psychiatrie et le médico-social doivent faciliter les partenariats. De nombreux dispositifs de coopération sont mis en place à l'initiative des pouvoirs publics ou des établissements, afin de favoriser l'articulation entre les professionnels.

²² Cf entretien n°1

²³ BAUDURET JF., in JAEGER M., 2012, L'articulation du sanitaire et du social, 3ème édition, Préface p11

²⁴ TRUSCELLI D., 2007, Culture hospitalière et rencontre avec la culture du secteur médico-social. Réflexion à partir d'un parcours personnel, *Contraste* 2007/2 n°27, p131

1.2.3 L'émergence de dispositifs de coopération

Lors de son intervention à l'EHESP en juillet 2016, Marie Dominique Lussier, gériatre en charge des parcours à l'ANAP, indiquait que dans les secteurs personnes âgées et santé mentale, sur un diamètre de 40 km d'un territoire donné, les acteurs du sanitaire, social et médico-social ne se connaissent pas : quelles sont les missions de chacun ? Qui interpeler et comment interpeler ? Renforcer l'intersectorialité et décloisonner secteur sanitaire et médico-social afin de favoriser les échanges et les allers-retours de patients est une des préconisations issues des travaux de Denys Robiliard.

En outre, dans ses travaux « Psychiatrie et santé mentale », la FHF préconise de développer l'intervention des équipes de psychiatrie dans les EHPAD, notamment en renforçant les liens entre médecins coordonnateurs et psychiatres, de développer des dispositifs intersectoriels d'équipes mobiles dédiés à ces populations, et de développer des actions de formation à la psychiatrie du sujet âgé, à destination des professionnels du médico-social.

Le HCSP dans son rapport d'évaluation du PPSM 2011-2015, préconise de « recenser et valoriser les organisations et pratiques de partenariats entre les acteurs de la psychiatrie et des champs sociaux et médico-sociaux et d'appuyer l'articulation entre le sanitaire et le médico-social sur des dispositifs en réseaux fonctionnels ou des conventions engageant mutuellement les parties prenantes en s'appuyant notamment sur les nouvelles modalités prévues par la loi du 26 janvier 2016 dans le cadre des projets, diagnostics et contrats territoriaux de santé mentale ».

En effet, la loi de modernisation du système de santé pose la coordination comme le principe essentiel d'une politique de santé mentale. L'article 74 de la loi prévoit en outre la mise en place de plateformes territoriales d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes définis ainsi par la loi « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médicosociaux. » Les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques s'intègrent dès lors parfaitement dans ce dispositif. Ce nouvel outil doit contribuer à éviter les hospitalisations inutiles ou évitables, ainsi que les ruptures de parcours.

Cependant, des outils existent déjà et des initiatives nombreuses sont menées pour tenter de coordonner les parcours : psychiatrie de liaison, équipes mobiles ou Centres Locaux d'Information et de Coordination. En outre, la création des inter-secteurs de psychiatrie du sujet âgé est un mouvement amorcé mais non généralisé. A cet égard, la MNASM avait

proposé en 2007 la mise en place d'inter-secteurs géronto-psychiatriques constitués sur un territoire équivalent à 3 ou 4 secteurs de psychiatrie²⁵.

Depuis 2008, la CNSA est chargée de la mise en œuvre des MAIA. Actuellement, plus de 6 communes sur 10 sont couvertes par 302 dispositifs actifs. La MAIA de Franche-Comté que j'ai rencontrée durant mon stage, met en lien les acteurs de la région impliqués dans l'accompagnement social et la prise en charge médicale des personnes atteintes de troubles cognitifs et comportementaux. Cependant, derrière un masque ambitieux et volontariste se cachent de réelles difficultés. « La MAIA essaie de faire se rencontrer les professionnels de santé, et notamment psychiatres et neurologues. Cela pose des difficultés : les psychiatres ne prennent pas leurs responsabilités, et les professionnels se renvoient la balle²⁶. » Pourtant, deux des partenaires essentiels de la MAIA en Bourgogne Franche Comté, sont les Plateformes Psychiatrie et Santé Mentale. Dispositifs initiés par l'ARS, elles ont pour mission de coordonner autour des centres hospitaliers psychiatriques l'ensemble des acteurs intéressés par le champ de la santé mentale, afin de travailler à l'amélioration des parcours.

En termes de coopération, le cas du centre hospitalier le Mas-Careiron à Uzès est également intéressant : cet établissement a mis en place le dispositif ESSPER en 2012, se fondant sur le principe que « l'accès aux soins psychiatriques de la personne âgée souffrant d'une pathologie mentale doit répondre à une organisation de soins entrant dans le cadre d'une filière géronto-psychiatrique bien codifiée²⁷ ». L'Equipe Stable de Soins de Proximité Eclatée et Réactive (ESSPER) s'appuie sur un réseau de professionnels médicaux ou paramédicaux en psychiatrie, « référents personnes âgées » au sein de chacun des huit CMP de l'établissement. Ces professionnels, constitués en équipe mobile, interviennent auprès des personnes âgées, présentant des troubles mentaux récents ou chroniques, en phase aiguë ou non. Cette structure a pour mission d'intervenir à fréquence régulière dans les EHPAD afin de dispenser des soins directs, mettre en place des réunions de coordination ou fournir un appui technique aux équipes en place. Ce dispositif permet ainsi d'assurer un maillage cohérent et efficient, afin d'assurer la fluidité du parcours de ces personnes et éviter les ruptures de prise en charge.

Il existe donc une pluralité de solutions visant à créer du lien entre le sanitaire et/ou psychiatrie et/ou médico-social. On déplore cependant l'absence d'un cadre défini pour ces différentes structurations. Par conséquent, l'existence de conventions, à contenu variable

²⁵ Module Interprofessionnel de Santé Publique – Groupe 2 – 2010 – p 20

²⁶ Cf entretien n°10

²⁷ THIEBAUX JF., KARDACHE F., Le dispositif ESSPER de géronto-psychiatrie et son unité de rattachement Germaine-Le-Guillant. L'Information psychiatrique 2014 ; Vol 90 n°7

en fonction des territoires, et une condition essentielle à la mise en place de ces différents dispositifs, qui sont finalement le fruit d'initiatives locales, en réponse à des besoins précis. Ainsi, bien que de nombreux dispositifs et initiatives locales soient mis en place, la filière géronto-psychiatrique ne dispose pas encore de réelle identification institutionnelle. Elle est souvent corrélée à la psychiatrie de l'adulte.

Dans un contexte de diminution du nombre de lits en psychiatrie²⁸, et dans le prolongement de sa politique de désinstitutionnalisation, face aux difficultés rencontrées en termes de solution d'hébergement pour ces personnes vulnérables, nombreuses sont les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques accueillies en EHPAD. Là, la prise en charge de ces personnes se révèle un véritable défi. Ces patients relèvent certes du secteur médico-social, mais les établissements ne sont pas adaptés pour les accueillir.

1.3 Les difficultés d'accueil en EHPAD

1.3.1 Les aspects financiers

Dans son rapport sur l'organisation des soins en psychiatrie en 2011²⁹, la Cour des Comptes, faisant le bilan du plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2010 » indique que malgré quelques progrès, l'objectif de favoriser les prises en charge extrahospitalières et de désengorger les lits d'hospitalisation complète n'a pas été atteint (la réduction du nombre de lits hospitaliers passant de 78 000 en 1994, pour arriver à 58 580 en 2005 et à 57 410 en 2010). Les alternatives à l'hospitalisation demeurent trop peu développées, et l'organisation d'une continuité avec les structures médico-sociales est encore défailante. La Cour préconise donc de continuer à développer et à diversifier une offre sanitaire, médico-sociale et sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées à temps plein de manière inadéquate, en redéployant plus activement les moyens hospitaliers. C'est dans ce contexte que se met en place progressivement, une filière visant à faire admettre en EHPAD des patients de psychiatrie âgés, et hospitalisés au long cours.

Interrogé sur l'articulation entre psychiatrie et secteur médico-social, le Dr Najman indique : « Ce qui revenait jusque-là aux missions du secteur de psychiatrie glisse de plus en plus vers le milieu associatif, le médicosocial et le social. Dans la mesure où ils coûtent moins cher que le sanitaire, cela satisfait beaucoup nos gouvernants actuels qui semblent n'avoir qu'un seul et unique objectif en tête, celui des indicateurs économiques et financiers.³⁰ » En effet, les EHPAD sont moins coûteux que les unités d'hospitalisation en psychiatrie, et les sources de financement sont différentes. Si la psychiatrie est financée intégralement par

²⁸ MALFATTO E., 2013, Les maisons de retraite face à l'arrivée de pensionnaires venus de psychiatrie, Le Monde du 28 août 2013

²⁹ Cour des comptes, dec 2011, Rapport public thématique, L'organisation des soins psychiatriques – L'effet du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010

³⁰ NAJMAN T., Etat d'alerte, Lien social n°1150, p33

l'assurance maladie, le financement tripartite des EHPAD contribue à alléger la charge supportée par cette dernière.

Financièrement, les pathologies mentales ne sont pas reconnues en EHPAD pour deux raisons. D'une part les personnes âgées psychiatriques admises en EHPAD ont un niveau de dépendance souvent faible (au CHSLD, 53% sont évaluées en GIR 3 à 6). D'autre part, la grille PATHOS ne permet pas une survalorisation de ces pathologies. Or, conçus comme des outils d'évaluation des besoins, AGGIR et PATHOS sont devenus des outils de tarification. En effet, le système PATHOS prévoit la possibilité d'attribuer aux résidents souffrant de troubles psychiatriques deux profils :

- P1 : soins de prise en charge psychiatrique lourde, états de crise
- P2 : soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapeutique

Or, cette classification n'est autorisée que si les soins afférents sont administrés aux résidents. Si ce n'est pas le cas faute de budget suffisant, le résident se verra attribué le profil S, se rapportant à une simple surveillance et/ou administration de médicament.

Le profil d'un résident souffrant de troubles psychiatrique est donc le suivant :

- Gir Moyen Pondéré très inférieur aux autres résidents
- Durée Moyenne de Séjour très supérieure, compte-tenu du fait que ces résidents sont souvent admis en EHPAD peu après 60 ans, tandis que la moyenne d'âge d'entrée en EHPAD est de 84 ans³¹
- Pathos Moyen Pondéré très inférieur

On peut donc dire non seulement qu'admettre ces personnes en EHPAD n'est pas rémunérateur, mais surtout que cela semble financièrement préjudiciable à l'établissement, alors même que ce dernier se met en difficulté, admettant en son sein des personnes refusées dans d'autres structures ou restées sans solution.

Ainsi, interrogée dans le cadre de la mission Robiliard, Mme Angelloz-Nicoud explique que la dépression n'est reconnue que si la personne bénéficie d'un traitement chimique. Ainsi, certains EHPAD³² négocient avec leur ARS la possibilité de classer tous leurs résidents psychotiques en GIR 2 de façon à mobiliser des fonds nécessaires à leur prise en charge. En effet, bien que le niveau de dépendance de ces résidents soit plus faible que les autres, c'est une population qui génère des soins techniques et dont les besoins en termes d'accompagnement est souvent équivalent voire parfois plus important que pour les autres résidents. « Ils ont besoin d'un accompagnement spécifique et personnalisé, ils ont besoin qu'on prenne du temps avec eux, besoin d'écoute surtout, dans les moments où ils décompensent. Ils demandent plus d'énergie que les autres psychologiquement ». ³³

³¹ DREES Etudes et Résultats n°899, déc 2014, 693 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011

³² EHPAD Saint-Jean de Dieu

³³ Cf entretien n°13

Nous sommes donc face à des prises en charge complexes qui absorbent les ressources présentes au sein des EHPAD. Or les établissements ne perçoivent pas de ressources financières leur permettant de faire face à ces demandes d'accompagnement renforcées.

En outre, la présence de résidents souffrant de troubles psychiatriques en EHPAD peut s'avérer financièrement préjudiciable à l'établissement pour une autre raison : cette population effraie les familles et peut freiner des admissions : « ce n'est pas vendeur ! »³⁴ Ainsi, un patient sera proposé à plusieurs établissements, jusqu'à ce que l'un d'eux, ayant peut-être des difficultés à garnir ses lits, accepte l'admission de cette personne. C'est ce que relate le Pr Louis Ploton : « Je l'ai vu dans des hôpitaux locaux, à l'époque de la fermeture importante des lits dans les hôpitaux psychiatriques. Il est arrivé que certains hôpitaux ruraux, parce qu'il y avait de la place, ouvrent largement leurs portes à des malades souffrant de psychoses chroniques plus ou moins stabilisées, et présentant plus ou moins de dépendance pour les actes de la vie quotidienne. Cela pouvait paraître du pain béni, mais ça ne l'a pas été, malgré l'intervention des psychiatres de secteur régulièrement sollicités pour des malades se révélant dérangeants ³⁵».

C'est précisément le contexte dans lequel les résidents psychiatriques du bâtiment Marcel Braun sont arrivés au CHSLD : ancien foyer logement, de nombreuses places vacantes, une réduction des moyens et du nombre de lits d'hospitalisation à l'AHFC. Il a semblé évident que ces personnes avaient leur place au CHSLD.

1.3.2 Une cohabitation difficile avec les autres résidents

« Les démences et la psychiatrie ne vont pas ensemble : on laisse vivre un dément ; au contraire, il faut canaliser un psychiatrique ; il faut être directif, poser des limites. »³⁶

A propos de la mixité entre déments et psychiatriques, le Pr Ploton indique en effet : « Une approche ciblée de chacune des populations est préférable. Il ne faut pas mélanger les malades mentaux et ceux souffrant de pathologies cognitives. »³⁷ Il préconise donc de ne pas avoir une trop forte proportion de ce type de pathologie en EHPAD. Cela serait possible si chaque EHPAD acceptait d'accueillir quelques-uns de ces résidents au profil particulier. Cela leur permettrait de se fondre dans l'anonymat des autres résidents. Or, peu d'EHPAD acceptent, en raison de l'atmosphère qui peut se créer au sein de l'établissement après l'accueil de tels résidents.

³⁴ Cf entretien n°2

³⁵ PLOTON L., 2014, <http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20140204-psychiatrie-l-offre-de-soins-geronto-psychiatrique>

³⁶ Cf entretien n° 5

³⁷ PLOTON L., 2014, <http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20140204-psychiatrie-l-offre-de-soins-geronto-psychiatrique>

En effet, la vie en EHPAD impose la vie en collectivité, et le contact avec des personnes atteintes de démences est, dès lors, inévitable. Les résidents psychiatriques supportent difficilement que d'autres résidents pénètrent dans leur domaine de vie privée. Ils se sentent souvent agressés par des personnes démentes manifestant des troubles du comportement, ou par des soignants habitués au toucher relationnel pour faciliter le contact avec les résidents. Pour le résident venu de psychiatrie, la confrontation avec le résident d'EHPAD classique est souvent une épreuve. La personne se trouve confrontée à un temps, un âge et une vie sociale dont elle n'avait jusque-là pas connaissance, et face à des images de maladies et de la vieillesse insupportables. Cela provoque un sentiment d'insécurité, et cela peut entraîner des décompensations somatiques, ou l'alternance entre symptômes somatiques et psychiques.

Pour le résident d'EHPAD classique, l'entrée en maison de retraite est déjà une étape difficile, et un premier pas vers la mort. Ces personnes vivent d'autant plus mal le fait d'être accueillis au même endroit que d'anciens patients de psychiatrie. On parle de rejet des personnes âgées envers les différences.

En outre, les résidents psychiatriques sont la plupart du temps bien plus jeunes que les autres résidents : une génération sépare souvent les uns des autres. L'augmentation de l'espérance de vie prolonge d'ailleurs cette cohabitation souvent difficile. Ce phénomène est également accentué du fait des dérogations accordées à des personnes âgées de moins de 60 ans, mais pour lesquelles on ne trouve pas de solution d'hébergement autre que l'entrée en EHPAD. Ainsi, les plus jeunes sont réticents à l'idée de vivre avec des « vieux » et de partager leurs activités. L'infirmière référente de Mme V et M. P m'indique : « Ce qui est difficile dans la prise en charge de ces personnes en EHPAD, c'est la différence d'âge : on n'a pas la même attitude avec une personne âgée qu'on maintient dans l'autonomie, et une personne psychiatrique jeune qu'on maintient dans l'autonomie. ³⁸»

« En termes de relations sociales, ils ne se mélangent pas avec les autres, surtout M. P. Mme V. se mélange davantage, mais elle ne crée pas du lien.³⁹» Ce sont des personnes qui doivent être le centre d'attention, ils ont besoin d'exclusivité. Les professionnels ont souvent l'impression de les favoriser au dépend des autres résidents : « ils participent à tout, ils ont plus de droits que les autres et pour ne pas les frustrer, [l'animatrice] s'autorise

³⁸ Cf entretien n° 13

³⁹ Ibid

à frustrer les autres sous prétexte qu'ils ne sont pas demandeurs et ne s'en rappelleront pas.⁴⁰ »

Par ailleurs, un résident psychiatrique peut à tout moment devenir dangereux : « On ne sait jamais s'il va passer à l'acte ou pas⁴¹ » me dit, en effet, l'aide-soignante à propos de M. P. Toute personne âgée développe une certaine agressivité avec l'âge. Lorsqu'il s'agit d'un résident souffrant de troubles psychiatriques, il est très fréquent de mettre cette agressivité sur le compte de sa pathologie mentale. Cela provoque des peurs au sein des EHPAD, non seulement auprès des autres résidents, mais aussi auprès des professionnels.

Enfin, dans un secteur où le respect des libertés est, un élément fondamental de l'accompagnement en EHPAD, le contrôleur général des lieux de privation de liberté met en lumière dans son rapport annuel de 2012⁴², les privations de liberté auxquelles sont soumis les résidents. La population d'EHPAD psychiatrique est une population mobile par rapport aux autres personnes âgées : cette mobilité est difficile à gérer au sein des établissements. Compte-tenu de leur âge et de leur faible niveau de dépendance, ces résidents sortent de l'institution fréquemment. Or, le directeur a un devoir de protection envers eux. « Le fait qu'il faille imposer quelque chose, mettre un cadre et restreindre les libertés est déstabilisant. Cela va à l'encontre des principes de base de la prise en charge en EHPAD comme le consentement. Ce ne sont pas les mêmes droits en hôpital psychiatrique et en EHPAD.⁴³ »

Malgré ces difficultés, on note que les troubles psychiatriques diminuent avec l'avancée en âge : après 50 ans, la pathologie psychiatrique a tendance à s'estomper, et finalement au fil du temps, les profils des résidents, psychiatriques ou non, convergent progressivement. « L'adaptation de ces personnes à la vie en maison de retraite est habituellement bonne, car elles ont l'habitude des longs séjours dans les institutions psychiatriques. Elles trouvent que la qualité de vie en EHPAD est plutôt meilleure que dans les institutions psychiatriques qu'elles ont connu antérieurement.⁴⁴ »

1.3.3 Des équipes soignantes non préparées à ces pathologies complexes

Pourtant, sur l'entrée en EHPAD, le Dr G. Jovelet indique : « Quand on considère la trajectoire des patients au cas par cas, la rupture dans la prise en charge qu'a constitué l'immersion brutale d'une communauté thérapeutique dans une structure d'hébergement constitue une violence institutionnelle qui facilite la désorganisation psychique.⁴⁵ »

⁴⁰ Ibid

⁴¹ Ibid

⁴² Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté – Rapport d'activité 2012, p 291

⁴³ Cf entretien n° 13

⁴⁴ MONFORT JC., Vieillir, risques et chances – Petit traité de psycho-gérontologie, p 505

⁴⁵ JOVELET G., 2010, Psychose et vieillissement, in L'information psychiatrique 80-1, p39-47

Or, le constat est le suivant : il y a peu, voire, pas de personnel en EHPAD qui comprenne ce qui se passe avec ces résidents et qui sache comment faire avec eux. A cet égard, l'équipe de liaison de psychiatrie a un rôle essentiel à jouer pour la réussite de l'admission en EHPAD d'un patient de psychiatrie : intermédiaire ou médiateur entre un résident souvent peu communicant et une équipe méfiante.

Si ces résidents sont moins dépendants, ils sont également moins autonomes et réclament du temps. Dans le cadre de l'ouverture de l'EHPAD gériatrio-psychiatrique de Grugny, le cadre de santé déclare : « Les résidents peuvent parfois décompenser et faire des crises. Dans l'idéal, il nous faudrait un ratio d'encadrement infirmier similaire à celui du secteur du handicap, mais le pavillon relève de la dotation EHPAD, et donc d'un ratio d'encadrement moindre.⁴⁶ » Les ratios de personnel en établissement sanitaire psychiatrique sont également bien plus élevés qu'en EHPAD. Cette notion d'insuffisance d'effectifs est fondamentale pour appréhender les difficultés rencontrées par les équipes pour l'accompagnement de ces résidents. « C'est une population qui ne supporte pas qu'on diffère les réponses et qui sollicite énormément : il faut développer des habiletés relationnelles⁴⁷ », m'indique l'infirmière référente de Mme V et M. P.

Ainsi, l'accompagnement de ces résidents est chronophage. Ces personnes ont besoin d'être occupées en permanence, ce qui nécessite un temps important en termes d'animations occupationnelles. Les éventuels conflits avec les autres résidents doivent être gérés. Les éventuelles crises ou les moments de passage à l'acte demandent énormément d'énergie et nécessitent un accompagnement individualisé et exclusif. Enfin, ce sont des résidents pour lesquelles prime la relation humaine. Par conséquent, il est donc nécessaire de mettre en place des équipes aux approches spécialisées pour accompagner ces résidents. Là encore, les professionnels sont en difficultés. Le rôle de l'infirmier doit être basé essentiellement sur la relation soignant-soigné, et chaque patient demande une relation particulière qui nécessite des apports théoriques importants et une pratique exercée sous-couvert d'un encadrement suffisant. Avec l'émergence de nouveaux profils de patients et de résidents, les responsabilités des infirmiers se sont modifiées et élargies, avec des personnes porteuses de troubles de plus en plus complexes et des exigences de plus en plus importantes. Ainsi, à l'occasion de leur intervention au sein des EHPAD, les professionnels du dispositif ESSPER⁴⁸ indiquent que les échanges donnent l'occasion aux personnels soignants des EHPAD de s'exprimer et de verbaliser des situations difficiles à

⁴⁶ <http://abonnes.hospimedia.fr/reportages/20131011-reportage-a-l-EHPAD-de-Grugny>

⁴⁷ Cf entretien n°13

⁴⁸ Cf partie 1.2.3

assumer. Ils trouvent, auprès de ces professionnels, un soutien et une écoute, dans un contexte où ils ont le sentiment d'être perdus. Cela leur permet de comprendre et de mettre du sens derrière des situations cliniques qu'ils ne parviennent pas à appréhender en raison de leur manque de connaissances en psychiatrie.

Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, le stress professionnel survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et les ressources dont elle dispose pour y faire face. « C'est l'écart perçu entre ce qu'il faudrait faire et ce qu'ils doivent accomplir qui produit des déséquilibres dommageables, aussi bien pour leur santé que pour la qualité du travail » indique Yves CLOT⁴⁹. La santé des professionnels peut alors servir d'amortisseur au manque d'organisation ou au dysfonctionnement. Ainsi, l'écart entre les besoins en termes de prise en charge et d'accompagnement, et ce que les professionnels, compte-tenu des moyens mis à leur disposition, sont en mesure de proposer, provoque insatisfaction et mal-être au travail. Si cette situation génère des risques importants en termes de qualité de travail des professionnels, il en est de même pour les résidents. Ce qui fera dire à M. KOSTULSKI dans son « Diagnostic d'une activité complexe en gériatrie » : « Si les patients sont maltraités, c'est avant tout parce qu'on maltraite le métier⁵⁰ ». Ainsi, à cet égard, la maltraitance en institution relèverait plus d'un phénomène collectif et organisationnel que de comportements individuels, alors même qu'on assimile souvent ce phénomène à cette dernière dimension.

A chaque fois qu'il est question du sort d'une personne âgée, l'institution gériatrique est la première interpellée. C'est dorénavant également le cas des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Cette institution rencontre des difficultés pour mener à bien la totalité de ses missions, divisée entre deux paradigmes de la maison de retraite et de l'hôpital, c'est-à-dire du lieu de vie et du lieu de soins.

Avec une proportion importante de résidents de ce type, le CHSLD ne fait pas exception. Si cet établissement peut se prévaloir d'atouts indéniables pour cette population particulière, il n'en demeure pas moins que ces locaux sont inadaptés à cet accueil et que les professionnels qui accompagnent ces personnes sont en souffrance et en difficulté.

⁴⁹ CLOT Y., 2010, Le travail à cœur, La Découverte, p 110

⁵⁰ LITIM M., KOSTULSKI K., 2006, Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie, Nouvelle revue de psychosociologie 1/2006, p 51

2 L'accompagnement des résidents atteints de troubles psychiatriques au Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée du Territoire de Belfort

2.1 Les atouts du CHSLD dans l'accompagnement des résidents psychiatriques

2.1.1 Une présence médicale renforcée et spécialisée au sein de l'établissement

Organisé sur 3 sites et 5 bâtiments, le CHSLD dispose de 6 praticiens hospitaliers, pour un total de 5 postes et demi. Dans un contexte de raréfaction de ses ressources médicales qualifiées en gériatrie au niveau départemental, cet établissement peut se prévaloir de ressources médicales pérennes et stables : en effet, tous les postes y sont pourvus par des médecins titulaires, diplômés en gériatrie ou en médecine interne. Les médecins sont souvent titulaires de diplômes universitaires et ont une grande expérience dans la prise en charge des soins palliatifs, de la douleur, des infections nosocomiales, des troubles psycho-comportementaux ou de la psycho-gériatrie. En tant qu'établissement sanitaire, le CHSLD dispose d'une Commission Médicale d'Etablissement. La présidence est assurée par le médecin coordonnateur d'un des 3 sites.

L'équipe médicale travaille avec une équipe pluridisciplinaire étoffée. Elle comprend plusieurs ergothérapeutes, une psychomotricienne, deux psychologues, une neuropsychologue, des éducateurs sportifs. Tous ces professionnels sont salariés de l'établissement. Ils interviennent sur l'ensemble des sites et des bâtiments de la structure. Les 123 lits d'USLD de l'établissement garantissent la présence d'un médecin et d'infirmières 24h sur 24 et 365 jours par an auprès de la totalité des résidents.

L'établissement mène une politique de formation active pour l'ensemble de ses professionnels. A cet égard, plusieurs médecins ont suivi des cursus universitaires diplômants afin de se spécialiser. Ainsi, deux médecins disposent d'un Diplôme Universitaire de psychiatrie du sujet âgé. Cependant, ce ne sont pas ces médecins qui coordonnent l'activité médicale au sein de l'unité Marcel Braun qui concentre au CHSLD la plus forte proportion de résidents souffrant de troubles psychiatriques. Un de ces deux praticiens y travaille cependant régulièrement dans la mesure où il seconde le médecin coordonnateur de cette unité en cas d'absence.

Outre une présence médicale solide et spécialisée, le cadre de santé chargé de l'encadrement au sein de l'unité Marcel Braun constitue un véritable atout pour l'établissement d'une part, et pour les résidents psychiatriques d'autre part. Il s'agit en effet d'un cadre supérieur de santé qui dispose d'une expérience solide en psychiatrie dans la mesure où elle y a fait toute sa carrière professionnelle avant de rejoindre le CHSLD. Lui permettre de rejoindre le CHSLD en 2014 a été un choix stratégique déterminant.

Elle a bénéficié de la formation qui était dispensée aux infirmières de secteur de psychiatrie avant la réforme de 1992. Elle dispose ainsi à la fois des apports théoriques quant à la prise en charge des malades mentaux, mais également d'une expérience pratique solide quant à l'accompagnement de ces personnes en institution. Cette personne est une ressource importante pour l'établissement compte-tenu du nombre important de résidents venus de psychiatrie.

Au sein de l'unité Marcel Braun qui accueille 98 résidents dont 50% atteints de troubles psychiatriques, sa présence rassure : « Elle sait comment faire avec ces résidents. »⁵¹ Elle dispose des habiletés relationnelles nécessaires pour l'accompagnement de profils psychiatriques. Ces résidents ne lui font pas peur. En cas de crise ou de décompensation d'un résident, elle sait prendre le temps de s'isoler avec cette personne ; elle connaît les bons gestes, les bonnes paroles, les bons choix. Son savoir-faire, son attitude et ses aptitudes rassurent les autres résidents, les équipes et les familles.

En termes de compétences, le CHSLD semble donc suffisamment outillé pour permettre la prise en charge des résidents souffrant de troubles psychiatriques.

2.1.2 Des alternatives à la prise en charge médicamenteuse

Les objectifs poursuivis par les équipes soignantes sont adaptés au profil et au jeune âge de ces résidents : Il s'agit en effet de conserver leur autonomie pour lutter contre la grabatisation.

Le directeur du CHSLD croit dans les vertus thérapeutiques de l'animation. C'est la raison pour laquelle l'établissement bénéficie d'une équipe d'animation dynamique et étoffée, composée de 10 postes d'animateurs occupés par 11 agents titulaires et 4 agents en contrats aidés. Des moyens conséquents sont alloués à cette équipe qui propose des animations aux résidents tous les jours dans tous les bâtiments. Selon l'INPES, la participation sociale de la personne âgée favorise la diminution de la mortalité, de la consommation de médicaments, du déclin cognitif et fonctionnel, des symptômes dépressifs, ainsi qu'une moindre utilisation des services de santé. En outre, elle favorise le bien-être et l'état de santé perçu. La participation sociale est donc un déterminant majeur de la santé des personnes âgées.⁵² Agir en faveur du maintien d'une utilité sociale est une démarche mise en œuvre au CHSLD.

L'institution encourage en effet, l'implication de certains résidents à la vie et à l'organisation de leur service ou de certaines fonctions. Ainsi chaque jour, M. L., ancien patient chronique de psychiatrie, dresse les tables et les débarrasse après les repas, apportant ainsi son aide aux ASH du service. Un autre résident psychiatrique aide à l'entretien des espaces verts en contrepartie d'un petit pécule mensuel : le directeur a donné son accord pour qu'on lui

⁵¹ Cf entretien 2

⁵² LEVASSEUR M., RAYMOND E., 2013, La participation sociale des aînés, vers le développement d'interventions favorisant le vieillissement en santé, INPES

achète ses propres outils ; il fait dorénavant partie de l'équipe. Ces initiatives prouvent que l'espace est ouvert par les professionnels pour laisser à chacun la possibilité de participer à la vie de la collectivité, et au fonctionnement quotidien de l'établissement. Les résidents qui s'emparent de cette possibilité apportent leur savoir-faire, leur contribution à l'ouvrage collectif, ce qui améliore leur estime de soi, et par conséquent leur état de santé. Cette participation est ainsi vivement recherchée, provoquée, encouragée comme une action soignante non médicamenteuse. L'objectif recherché est de limiter les troubles du comportement des résidents, en luttant contre la passivité et en favorisant l'activité, au service de tous.

Le recrutement en novembre 2015 d'une psychomotricienne est également un signal fort envoyé par l'établissement, en termes de prise en charge non médicamenteuse. Son travail est axé sur la réconciliation du résident avec son corps, avec pour objectif la rééducation de l'instabilité, des tics nerveux ou des troubles de l'orientation. Cet accompagnement proposé sur prescription et sous contrôle médical, est proposé à tout résident du CHSLD en proie à des perturbations d'origine psychologique, mentale ou neurologique.

Pour travailler avec le résident, cette professionnelle cherche à identifier l'origine de ses troubles, et pour cela, elle prend le temps de dialoguer avec lui. En travaillant sur le corps, elle favorise une évolution psychique chez la personne afin de lui apporter un meilleur équilibre. Chaque séance de psychomotricité, le plus souvent individuelle avec les résidents souffrant de troubles psychiatriques, vise à réconcilier la personne avec son corps, à lui procurer une aisance gestuelle, et à lui faire retrouver une sensation de bien-être physique. La psychomotricienne participe aux réunions pluridisciplinaires, à l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés des résidents auprès desquels elle intervient. Malgré son arrivée récente dans l'établissement, des résultats probants ont d'ores et déjà été constatés auprès de certains résidents. Des indicateurs de suivi doivent être mis en place ; ils permettront d'objectiver les améliorations observées.

Dans le même état d'esprit et poursuivant les mêmes objectifs, dans le cadre du projet de reconstruction de l'établissement, des espaces bien-être, des bains thérapeutiques, des soins d'esthétique sont prévus. L'émergence de ces dispositifs témoigne de l'importance essentielle de cette question, dans la mesure où l'impact sur la santé et l'autonomie du résident est avéré.

Cependant, malgré ces orientations prises par l'établissement, des résidents souffrant de troubles psychiatriques du CHSLD demeurent majoritairement sédatisés. Ainsi, l'infirmière référente de Mme V et M. P m'indique : « La prise en charge médicamenteuse est à réfléchir. Les résidents sont parfois lourdement sédatisés, sans que ce soit forcément justifié, mais simplement parce qu'un traitement a été mis en place en psychiatrie, et on ne réévalue pas le besoin. Cela doit être revu.⁵³ » En effet, l'administration de tranquillisants est, selon

⁵³ Cf entretien n°13

le DR J. la seule façon de calmer certains résidents de la résidence Marcel Braun, et de sécuriser les résidents que ces congénères souffrant de troubles psychiatriques effraient et perturbent. Il se sent coupable et vit très mal cette situation. ⁵⁴ Aussi, l'appui du centre hospitalier psychiatrique voisin est indispensable.

2.1.3 Un partenariat avec le Centre Hospitalier Spécialisé de psychiatrie voisin

La région Bourgogne Franche-Comté se caractérise par une faiblesse de la démographie médicale en psychiatrie, quel que soit le secteur. L'offre sanitaire et médico-sociale en psychiatrie et santé mentale, est fournie de façon prépondérante par l'Association Hospitalière Bourgogne Franche-Comté (AHBFC), structure privée à but non lucratif couvrant près de 40% de la population. Le CHSLD est aujourd'hui un partenaire naturel et privilégié de cette structure, pour deux raisons essentielles : d'une part, les établissements sont géographiquement très proches : « La proximité géographique est un avantage important, et plaide pour un travail en commun. Il est très facile et très rapide pour un psychiatre de se rendre au CHSLD⁵⁵ » m'indique le Pr V, psychiatre de l'AHBFC. D'autre part, le CHSLD est un établissement fortement médicalisé, dans la mesure où il comporte 123 lits d'USLD. C'est un aspect important aux yeux d'un établissement sanitaire qui envoie un patient. « Il est aujourd'hui plus rassurant pour l'AHBFC d'envoyer un patient au CHSLD plutôt que vers un autre EHPAD.⁵⁶ »

Ainsi, une convention relative au suivi psychiatrique des résidents du CHSLD a été conclue en juillet 2009. Dans le cadre de cette convention, le CHSLD accepte d'accueillir en son sein des patients soignés dans les services de psychiatrie dont l'état physique et psychique autorise une admission en EHPAD. Dans cette perspective, les deux établissements ont nommé un médecin et un cadre référents, chargés de discuter et d'étudier chaque dossier de patient candidat à l'admission en EHPAD. La convention prévoit également les modalités de suivi médical psychiatrique des patients admis au CHSLD par l'équipe du CMP et par le médecin psychiatre référent. L'intervention du CMP au sein du CHSLD est en effet un atout, et apporte une plus-value intéressante aux professionnels de l'établissement et aux résidents. En cas de réémergence des troubles psychiatriques, la convention prévoit les modalités de réhospitalisation en psychiatrie. A cet égard, le Dr. V, médecin psychiatre référent indique que des places sont systématiquement réservées au sein de l'unité de géro-psycho-geriatrie Henri Ey pour permettre les éventuels séjours de ruptures des résidents du CHSLD. Enfin, les modalités de suivi psychiatrique des résidents inconnus du CHS sont également prévues. En cas de besoin, une consultation psychiatrique est réalisée dans un délai de 72 heures soit dans les locaux du CHS, soit au sein de l'institution gériatrique.

⁵⁴ Cf entretien n° 2

⁵⁵ Cf entretien n°3

⁵⁶ Cf entretien n°4

Malgré ce partenariat réel, le directeur du site de l'AHBFC qui jouxte le CHSLD semble découvrir lors de notre entretien la proportion de résidents atteints de troubles psychiatriques accueillis au CHSLD, les conditions d'accompagnement et d'hébergement de ces personnes, ainsi que les difficultés rencontrées par les professionnels. Il indique toutefois ne pas être étonné et évoque des tensions sur quelques dossiers⁵⁷.

En effet, le service de géronto-psychiatrie de l'AHBFC, l'unité Henri Ey, prend en charge les patients à partir de 65 ans. C'est une unité de court séjour, avec une DMS de 30 jours uniquement. La convention précédemment évoquée concerne principalement ce secteur et ses liens avec le CHSLD. Les dysfonctionnements évoqués concernent des patients âgés de moins de 65 ans, et qui relèvent donc de la psychiatrie de l'adulte. La convention qui lie les établissements est peu connue par le médecin responsable de cette unité. Ainsi, à plusieurs reprises, des patients ont été mal orientés, envoyés au CHSLD alors qu'ils étaient insuffisamment stabilisés, sans travail commun ni action de coopération entre les médecins. Pour ces personnes, le suivi qui est mis en place est insuffisant et non conforme aux modalités prévues dans le cadre de la convention.

Ainsi, malgré quelques atouts indéniables, l'accompagnement de résidents souffrant de troubles psychiatriques ne va pas sans heurts. Malgré des initiatives en termes d'alternatives à la prise en charge médicamenteuse, ces résidents restent souvent sédatisés de façon importante. Malgré un partenariat existant avec le CHS voisin, des dysfonctionnements perturbent le fonctionnement de l'établissement et la prise en charge des résidents. Malgré des compétences médicales réelles au sein de l'établissement et la présence de praticiens spécialisés et expérimentés, « on constate actuellement une absence de volonté médicale et infirmière de progresser dans la prise en charge de ces résidents particuliers.⁵⁸ » En outre, les locaux dans lesquels sont accueillis ces résidents constituent un handicap important, qu'un projet de reconstruction ambitieux devra permettre d'effacer.

2.2 Des locaux inadaptés qui rendent l'hébergement et l'accompagnement des résidents dangereux

2.2.1 Un bâtiment dédié à l'accueil de ces résidents pour des raisons historiques

Jusqu'en 2007, l'activité de psychiatrie du département était assurée par les unités de psychiatrie de l'Hôpital Nord Franche-Comté. Elle a ensuite été reprise par l'AHBFC. Opérateur sanitaire et médico-social important, cette structure dispose de quarante sites répartis sur 3 départements avec 500 lits et 233 places en psychiatrie, 200 places au sein

⁵⁷ Cf entretien n°4

⁵⁸ Cf entretien n°1

de 4 établissements dédiés à l'hébergement de personnes âgées dépendantes et 215 places au sein de 4 structures dédiées à la prise en charge d'adultes handicapés mentaux. Auparavant, l'activité de psychiatrie était sectorisée : cohabitaient par conséquent deux secteurs (Nord et Sud) qui prenaient en charge l'ensemble des patients de psychiatrie du département, en fonction de leur lieu de domicile, et indépendamment de leur âge. Lorsque l'AHBFC s'est installée dans le Nord Franche Comté, la sectorisation a disparu au profit de la mise en place des inter-secteurs de psychiatrie : l'inter-secteur nord est devenu spécialisé en psychiatrie de la personne âgée, et l'inter-secteur sud s'est consacré exclusivement à la psychiatrie adulte. En réponse aux grandes orientations nationales en termes d'hospitalisation psychiatrique, l'objectif de l'association était de développer la psychiatrie de court-séjour et de moderniser ses différentes activités. Deux problématiques se sont alors posées sur l'inter-secteur de psychiatrie du sujet âgé :

- un nombre importants de patients âgés se trouvaient dans des pavillons de « malades chroniques », hospitalisés depuis de nombreuses années
- une augmentation de la taille du bassin de population

C'est dans ce contexte que les séjours de longue durée ont été progressivement abandonnés, avec la nécessité pour l'établissement de trouver un domicile pour les patients concernés. A quelques centaines de mètres du site de Bavilliers de l'AHBFC se trouvait le Foyer Marcel Braun. Il s'agissait d'un ancien foyer-logement devenu EHPAD. Alors géré par une association, il disposait d'un nombre important de places vacantes, et éprouvait des difficultés pour remplir ses lits. C'est donc tout naturellement que cette structure a accueilli favorablement l'arrivée des patients âgés chroniques de psychiatrie. Les locaux semblaient en effet tout à fait adaptés à ces personnes, et aucune modification de l'ensemble immobilier n'a donc été envisagée. Le bâtiment était constitué d'un ensemble de locaux communs situés au rez-de-chaussée, et de 3 ailes – A, B et C, exclusivement constitués de studios meublés. Les patients, plutôt valides et plutôt jeunes, disposaient donc chacun d'un studio comprenant une chambre individuelle, une salle de bain avec douche, d'un petit espace cuisine et des sanitaires. Les repas étaient pris dans la salle à manger commune. Les résidents disposaient en outre d'une grande salle d'animation, d'une salle de télévision, et d'un espace extérieur pouvant être clos.

En une année, la résidence « Marcel Braun » s'est donc peu à peu remplie de patients de longue durée de psychiatrie : malades psychiatriques chroniques, psychotiques, malades handicapés mentaux. A cette période, la création d'une Maison d'Accueil Spécialisée était envisagée par l'AHBFC, mais le projet n'a pas abouti.

Placé dans une situation économique et financière critique, et dans un contexte d'accueil nécessaire de patients de psychiatrie, l'éventualité d'une reprise de cet établissement par le CHSLD a alors été envisagée par les autorités locales et régionales. Le CHSLD a en effet été considéré comme le plus à même d'assurer la gestion de cette structure dans la

mesure où les bâtiments concernés – Marcel Braun et le site principal de Bavilliers du CHSLD, Le Chénois – se trouvent géographiquement au sein d'une seule et même propriété. Le transfert de gestion de l'EHPAD Marcel BRAUN au CHSLD a été entériné à compter du 1er janvier 2010, par arrêté du conseil départemental du Territoire de Belfort après avis favorable de l'ARS Franche-Comté.

Le CHSLD a donc pris en charge la gestion de cet EHPAD constitué de studios et de grands locaux communs, habités pour moitié par des résidents souffrants de troubles psychiatriques. Par la suite, poursuivant une logique de spécialisation, mais sans pour autant y allouer des moyens appropriés, l'établissement a poursuivi cette stratégie d'accueil de patients de psychiatrie. L'AHBFC a poursuivi sa politique d'hospitalisation de court séjour. Le partenariat CHSLD – AHBFC s'est davantage concrétisé avec la signature de la convention qui lie les deux établissements. C'est ainsi que le CHSLD est devenu la principale structure d'aval du centre hospitalier psychiatrique de Bavilliers.

Cependant, ce bâtiment qui avait semblé approprié, s'est rapidement avéré poser de réelles difficultés dans l'accompagnement des résidents.

2.2.2 Des locaux qui ne permettent pas l'accompagnement de résidents « difficiles »

Bâtis en 1963, les actuels locaux de la Résidence Marcel Braun, posent, du fait de leur destination initiale, de plus en plus de difficultés quant à la prise en charge des résidents accueillis en son sein. Si les espaces privatifs et individuels répondent favorablement aux besoins des résidents, les locaux communs posent de nombreuses difficultés tant aux résidents qu'aux professionnels de santé. Le cadre de santé indique : « Les soignants sont dispersés dans des locaux immenses, sans aucune formation à la psychiatrie, et en nombre insuffisant, compte-tenu de l'éventail des pathologies accueillies. »⁵⁹

La salle à manger commune est un des gros points noirs du bâtiment. Il s'agit du seul et unique lieu permettant la prise des repas pour les 98 résidents accueillis. Trois fois par jour, quels que soient l'état de santé, la pathologie, le niveau de handicap et/ou le niveau de dépendance des résidents, tous prennent leur repas en même temps dans cette grande salle. « C'est la cour des miracles ! » m'indiqueront tour à tour et à des moments différents, le cadre de l'unité, le médecin coordonnateur du bâtiment, le directeur du CHSLD et la responsable des soins du CHSLD. Les problématiques de l'ensemble des résidents se trouvent concentrés en un seul endroit, avec des interactions souvent explosives. Cette salle à manger attise les tensions et favorise les troubles du comportement. Or, la prise de repas est un des instants clés de la vie en EHPAD. Pour la personne âgée, le moment du repas est souvent attendu comme un moment privilégié. En outre, les personnes âgées présentent souvent des troubles nutritionnels importants, elles peuvent aussi souffrir de

⁵⁹ Cf entretien n°14

déshydratation ou de carences alimentaires. Ainsi, l'alimentation fait partie du soin. S'assurer d'une prise correcte et suffisante des repas par chacun, relève dès lors d'une mission impossible pour les professionnels chargés de l'accompagnement des résidents pendant les repas, plus occupés « à faire la police » qu'à remplir la mission qui leur est dévolue. Ainsi, la configuration des locaux fait du moment de prise des repas, l'instant redouté des professionnels, alors même qu'un des axes du projet d'établissement est « instant repas – instant plaisir ». Dans la configuration actuelle, ce projet ne peut pas s'appliquer à la résidence Marcel Braun.

L'absence de zones de confidentialité est une autre difficulté posée par ce bâtiment. Tous les locaux sont démesurément grands. Dès lors, il est impossible d'isoler quelqu'un qui en éprouverait le besoin. Le Dr. J. m'indique à cet égard : « Il est arrivé plusieurs fois de retrouver un résident en pleurs, parce que le médecin de psychiatrie l'a rencontré et a évoqué ses problèmes psychiatriques, en l'absence de zone d'intimité, en salle commune devant les autres résidents. Cela a provoqué de la honte et de la culpabilité chez cette personne.⁶⁰ » Ainsi, là encore, le bâtiment ne permet pas un accompagnement approprié des résidents souffrant de troubles psychiatriques.

Lors de mon stage, Mme L., résidente venue de psychiatrie, était dans une phase aiguë de décompensation. Elle pleurait et criait, terrorisée par toutes sortes de peurs et d'angoisses, au milieu des autres résidents, pendant l'animation ou à l'heure du goûter. Mme L. agaçait et perturbait la tranquillité des autres résidents par ses cris incessants. Le bâtiment ne dispose d'aucun local, calme et chaleureux, permettant d'isoler un résident et de le mettre à l'abri des autres, des regards et des jugements.

Par ailleurs, le bâtiment ne répond pas aux besoins des résidents en termes d'accès à l'extérieur. S'il est situé au sein de la propriété du Chénois, dans un cadre verdoyant, l'accès extérieur n'est pas sécurisé et aucun système anti-fugue ne permet de contrôler les éventuelles sorties des résidents. Dès lors et compte-tenu du profil particulier des résidents dont ils ont la responsabilité, les professionnels sont donc contraints soit, d'enfreindre la liberté d'aller et venir des résidents, soit de leur préserver ce droit, les mettant ainsi potentiellement en danger. « Je veux pouvoir me promener et marcher », m'indique une résidente de la résidence Marcel Braun⁶¹. Ainsi, plusieurs accidents ont été évoqués par les professionnels et notamment le Dr J : on déplore le décès d'un résident par noyade, plusieurs résidents perdus et retrouvés par les services de police.

Les difficultés posées par ce bâtiment ont motivé le CHSLD à s'engager dans un projet de reconstruction visant à doter l'établissement de locaux d'hébergement neufs, ce qui va permettre la désaffectation des actuels locaux de la Résidence Marcel Braun. En effet, si le

⁶⁰ Cf entretien n°2

⁶¹ Cf entretien n°12

bâtiment nuit à la qualité de l'accompagnement des résidents, il les met également en danger, dans la mesure où il ne respecte absolument pas les normes de sécurité minimales.

2.2.3 Des normes de sécurité qui ne sont pas respectées

En termes de sécurité, de nombreux manquements ont rapidement été constatés au sein de la résidence Marcel Braun. Très rapidement, l'aile C a été fermée pour cause d'insalubrité : une remise en état et une mise aux normes en matière de sécurité du bâtiment se serait avérées trop onéreuses. Seules les deux ailes A et B, ainsi que les locaux communs ont donc été conservés. Des travaux de rafraîchissement ont rapidement été programmés, par vagues successives de quelques chambres, afin d'apporter fraîcheur et propreté aux 96 studios des résidents.

Indépendamment de la vétusté des locaux, un des problèmes majeurs de cette résidence est un problème de sécurité. L'accès aux étages n'est en effet possible que par l'intermédiaire de deux escaliers positionnés de part et d'autre de chaque aile et d'un seul ascenseur. Cette configuration pose plusieurs difficultés :

- L'ascenseur, de petite taille, ne peut transporter que 4 personnes valide, deux personnes avec déambulateur ou une seule personne en fauteuil roulant. Dès lors, dans la mesure où tous les repas doivent être pris en salle à manger, il se forme, avant et après chaque repas, sur les deux ailes du bâtiment, une file d'attente des résidents qui ne peuvent accéder à leur chambre que par ce moyen. Le cadre de santé décrit un spectacle ahurissant : « des résidents qui se disputent, qui se doublent, qui s'impatientent, qui ne comprennent pas. Cela favorise les troubles du comportement des plus fragiles, les tensions entre résidents et l'énerverment de chacun⁶² »

- Cet unique ascenseur, de par sa faible capacité, n'est pas en mesure de transporter de mobiliers ou d'équipements. Dès lors, aucun chariot de logistique ou de soins ne peut accéder aux étages. Si cela doit être le cas, le chariot doit être porté par plusieurs agents dans les escaliers. Ce contexte contraint donc l'établissement à multiplier le nombre de chariots afin de les stocker dans les étages.

- Cette configuration contraint également l'établissement en termes d'aménagement des chambres. En effet, le directeur autorise de moins en moins les résidents à apporter leurs mobiliers dans les chambres en raison des contraintes fortes que cela implique pour les agents chargés de la logistique dans le bâtiment. En effet, tout doit être transporté dans les escaliers.

- Le point le plus saillant réside dans les capacités d'évacuation des étages en cas d'incendie ou de risque majeur. L'établissement n'est pas en mesure d'évacuer ses étages dans un délai court.

⁶² Cf entretien n°14

La commission de sécurité a considéré que les résidents ne sont pas en sûreté dans ce bâtiment, et que les conditions d'évacuation en cas d'incendie sont dangereuses. Dès lors, les pompiers imposent au CHSLD la présence d'un agent de sécurité dans le bâtiment 24 heures/24. Cela représente un coût important de presque 100 000 Euros par an pour l'établissement. C'est à cette seule condition que la commission autorise la poursuite de l'activité au sein de cet EHPAD.

Les escaliers de la Résidence Marcel Braun (escalier principal et escaliers de secours), posent également de gros problèmes en termes d'accessibilité et de sécurité. Ils ne sont actuellement pas encloués, et ne sont pas enclouables. Ils constituent la seule voie d'accès des secours en cas de sinistre et notamment d'incendie. Les prescriptions de sécurité du Service Départemental d'Incendie et de Secours imposent donc de les laisser libres de tout obstacle. Par là même, ces escaliers deviennent « dangereux » s'agissant notamment des risques de chute, surtout dans la mesure où ils sont empruntés en permanence par tous les résidents suffisamment valides pour s'affranchir des contraintes liées à l'unique petit ascenseur de chaque aile du bâtiment.

Ces escaliers sont à l'origine d'un accident dramatique qui a eu lieu le 25 mars 2016, provoquant le décès d'une résidente. Madame C. a quitté la salle à manger de la Résidence Marcel Braun le 25 mars 2016 vers 19 heures. Comme elle en avait l'habitude depuis son entrée dans l'établissement en 2010, elle a pris l'ascenseur du bâtiment A avec son fauteuil roulant pour rejoindre sa chambre au 1er étage du même bâtiment. Elle s'est apparemment trompé d'étage en prenant l'ascenseur puisqu'elle est sortie au 2ème étage du bâtiment A et de surcroît a pris le couloir d'étage dans le mauvais sens en se dirigeant à droite au lieu de prendre comme habituellement à gauche, pour rejoindre sa chambre. C'est en essayant de faire demi-tour avec son fauteuil à l'extrémité du couloir qu'elle aurait chuté dans l'escalier. Cette résidente est décédée quelques jours après sa chute. Le directeur de l'établissement a pris l'attache du Service de Prévention du SDIS 90 afin de voir dans quelle mesure il serait possible de sécuriser davantage les escaliers de ce bâtiment, sans que cela ne pénalise l'action des services de secours en cas de déclenchement de sinistre. La question est pour l'instant à l'étude. Dans l'attente, et suite à cet accident, le responsable des services techniques de l'établissement a fait positionner un plot au milieu de chaque palier d'escalier, espérant ainsi éviter que ce cas de figure ne se reproduise. Le fils de Mme C. a déposé plainte contre le CHSLD.

Si ces dysfonctionnements ne posent pas des difficultés uniquement aux résidents souffrant de troubles psychiatriques, il n'en demeure pas moins qu'ils complexifient sérieusement la prise en charge déjà ardue de ces résidents. Dans un environnement où les tensions sont exacerbées, ces problèmes ajoutent des contraintes, de la complexité, de l'inquiétude chez les résidents et les professionnels.

2.3 Des professionnels en souffrance et en difficulté

2.3.1 Des équipes sous-dimensionnées pour répondre aux besoins des résidents

La question des effectifs est une question majeure dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Le dimensionnement des effectifs s'analyse à l'aune de deux axes différents : d'une part, au regard de l'aspect qualitatif des effectifs, et d'autre part, au regard de l'aspect quantitatif. Quel que soit l'angle retenu, les équipes du CHSLD sont sous-dimensionnées, et ne peuvent donc pas apporter aux résidents les soins et l'attention requis par leur état et leurs pathologies.

En terme de connaissance tout d'abord, on peut dire aisément, qu'hormis en ce qui concerne le cadre de santé, la résidence Marcel Braun ne dispose pas de professionnels outillés pour accompagner sereinement les résidents psychiatriques. Pour les professionnels du CHSLD, cela est lié notamment à la disparition progressive des infirmiers psychiatriques suite à la réforme des études infirmières, et à la création du diplôme unique d'infirmier en 1992. Les infirmiers spécialisés en psychiatrie privilégiaient le relationnel et apprenaient à gérer les crises. Aujourd'hui les infirmiers sont généralistes et n'apprennent plus suffisamment au cours de leur cursus à appréhender les difficultés d'ordre comportementales. Le directeur des soins d'une structure de psychiatrie m'indique lors de notre entretien : « Il faut noter qu'actuellement, compte-tenu de la réforme des formations infirmières, il n'y a plus de professionnel qui ait reçu une formation en psychiatrie dans le cadre de ses études »⁶³. Ainsi, alors qu'ils sont attendus sur des connaissances liées à l'humain, les professionnels de santé reçoivent des enseignements liés à la technicité du métier de soignant. Les agents de Marcel Braun, confrontés à des troubles du comportement importants, à des résidents névrosés ou psychotiques sont démunis. « Ils ne savent pas faire ; ils ne comprennent pas.⁶⁴ »

La formation des agents est, par conséquent, un point important. « Une formation pratique et théorique de tous les professionnels de l'unité, aides-soignantes et infirmières, est nécessaire⁶⁵ ». Dans le cadre du plan de formation continue de l'établissement, une formation à la « Prise en charge du patient psychiatrique » est proposée chaque année au CHSLD. Elle fait partie des formations institutionnelles pour lesquelles des crédits sont réservés chaque année au plan de formation. A la résidence Marcel Braun, 21 personnes ont été formées depuis 2010. Ces formations se répartissent au fil des années de la façon suivante : 2 agents en 2010, 2 en 2011, 6 en 2012, 6 en 2013, 2 en 2014 et 3 en 2015. Si on constate qu'un effort a été fait en 2012 et 2013, il n'en demeure pas moins que le nombre de personnes formées est faible. Ainsi, si l'on considère des données globales de

⁶³ Cf entretien n°7

⁶⁴ Cf entretien n°14

⁶⁵ Cf entretien n°7

l'établissement, 12% des agents formés aux troubles psychiatriques sont des agents de cette résidence. A titre de comparaison, le bâtiment des Quatre-Vents, un autre bâtiment du CHSLD compte 58 agents formés depuis 2011, soit 33% des agents formés, alors que ce bâtiment accueille 25 résidents psychiatriques répartis sur 4 unités. Le niveau de formation des agents apparaît donc comme faible et insuffisant. Lors de notre entretien, le Dr J. m'apporte les éléments suivants : « Au-delà de la formation, c'est le nombre de résidents qui pose souci. En centre hospitalier psychiatrique, les patients sont accueillis dans des unités de 15 personnes, rarement davantage. Les équipes sont dimensionnées pour ces petites unités. A Marcel Braun, ce sont actuellement 50 résidents psychiatriques qui sont au même endroit, dans un même bâtiment, dans la même salle à manger. Comment peut-on demander à des agents de s'occuper simultanément de 50 résidents avec ce profil ? Cela n'est pas demandé en psychiatrie. Les effectifs ne sont pas dimensionnés pour cela.⁶⁶ »

La question de l'adéquation entre le niveau de ressources et les besoins constitue une seconde difficulté en matière de ressources humaines. Le Dr J. indique⁶⁷ que le ratio de personnel à la résidence Marcel Braun est satisfaisant en EHPAD, mais pas en EHPAD accueillant des troubles psychiatriques. On constate un niveau d'effectifs nettement supérieur dans l'unité de géro-psycho-geriatrie de l'AHBFC : le nombre d'infirmière est 3 fois supérieur, et le nombre d'AS est de 1.5 à 2 fois supérieur. En outre, on y note également la présence d'AMP, compétences dont le CHSLD ne dispose pas.

Enfin, compte-tenu d'un contexte professionnel tendu, il n'y a pas d'analyse des pratiques à la résidence Marcel Braun. Or, « la psychiatrie de la personne âgée est un secteur où l'analyse des pratiques est fondamentale quotidiennement. Il faut analyser chaque pratique, et rechercher qu'est-ce qu'elle génère auprès du patient.⁶⁸ ». En effet, l'analyse des pratiques professionnelles est aujourd'hui reconnue comme une démarche de formation, dans la mesure où elle permet à l'agent de revenir sur son action, son geste, son comportement à l'égard d'un patient ou d'un résident, et de s'interroger sur leur pertinence et les effets induits. C'est donc une démarche intelligente et réflexive de l'agent qui permet d'améliorer sa pratique, ses compétences et ses connaissances. Ainsi, Marguerite ATLET, professeure en sciences de l'Education, explique que « cette démarche peut être professionnalisante dans la mesure où elle se situe dans un modèle de formation à finalité pratique et aide à construire une pratique réfléchie. ».⁶⁹

⁶⁶ Cf entretien n°2

⁶⁷ Ibid

⁶⁸ Cf entretien n°7

⁶⁹ ALTET M., 2000, L'analyse de pratiques une démarche de formation professionnalisante : Formes et dispositifs de la professionnalisation, Recherche et formation n°35, p 25 à 41

A cet égard, la supervision du professionnel nouvellement recruté doit être organisée, afin de pouvoir évoquer quotidiennement quelles sont les difficultés face au patient et comment il les gère. Cette démarche est d'autant plus intéressante et nécessaire dans un contexte de difficultés et de tensions professionnelles. Le fait que la résidence Marcel Braun ne soit pas engagée dans cette démarche nuit indirectement aux professionnels : ce sont des clés supplémentaires qui ne leur sont pas proposées afin d'améliorer la qualité de leur travail et l'accompagnement des résidents.

2.3.2 Un accompagnement des résidents inadapté

En matière d'accompagnement des résidents souffrant de troubles psychiatriques, la qualité de prise en charge résonne comme la conséquence directe du dimensionnement des effectifs. Ici, on parlerait de non-qualité ou d'un accompagnement inadapté portant des conséquences physiques, mentales et relationnelles sur les résidents.

En termes de conséquences physiques, on note par exemple la présence d'escarres sur certains résidents. En effet, lors de notre entretien, le Dr J indique : « on ne lève certains résidents qu'un jour sur deux : on cherche à diminuer la charge de travail pour un résident qui, sur le papier est GIR4, mais qui va demander beaucoup de temps pour sa toilette par exemple, parce qu'il faut tout négocier avec lui, et faire preuve de beaucoup de patience.⁷⁰ » Le cas de M. M. peut être évoqué à titre d'exemple. Ancien psychotique, très grand, très fort, il fait peur aux professionnels et surtout aux autres résidents. Il déambule beaucoup, surtout la nuit, entre dans les chambres des autres résidents pendant leur sommeil. Fortement sédaté, il a développé une escarre sacrée. Le médecin lui administre en effet régulièrement des tranquillisants : c'est selon lui, la seule façon de le calmer et de sécuriser les autres résidents. Il se sent coupable et vit très mal cette situation. Désabusé, il m'indique que dans ces circonstances, il n'a « pas besoin d'une formation en psychiatrie, mais plutôt en anesthésie... »⁷¹

Le contexte et les difficultés rencontrées par les professionnelles ont en outre des conséquences psychiques sur les résidents, et génèrent tensions et agressivité non seulement entre résidents, mais aussi entre résidents et professionnels. On est alors à la limite de la maltraitance. Mme G, résidente de Marcel Braun me confie ainsi lors de notre entretien : « Il y a des aides-soignantes qui me disent des méchancetés. Elles étaient toutes les 3, tout à l'heure devant l'ascenseur. Elles me disent que je suis toujours en train de gueuler : « après vous nous gueulez dessus » qu'elles m'ont dit. Quand c'est comme ça, je monte dans ma chambre et je ferme à clé. Moi j'ai juste besoin de tranquillité. »⁷²

⁷⁰ Cf entretien n°2

⁷¹ Ibid

⁷² Cf entretien n°12

Cette situation illustre parfaitement le concept des personnes âgées pas faciles qui épuisent, développé en 1995 par Jean-Claude Montfort : « the difficult elderly ». ⁷³ Il s'agit de personnes dont la capacité à épuiser est si puissante qu'elle échappe aux instruments de mesure traditionnels : « une seule personne peut épuiser sa famille, un service de soins à domicile, une équipe d'urgentistes, un service de gériatrie, un service de psychiatrie, une maison de retraite, une équipe de direction ». Il explique que ces personnes peuvent faire perdre la capacité de bienveillance et faire franchir le seuil à partir duquel un professionnel risque d'être vécu comme auteur de maltraitance. « En cela, ces personnes âgées pas faciles, épuisantes sont dangereuses. Elles doivent être considérées comme peu gériatriques et très psychiatriques. » ⁷⁴

L'indisponibilité des professionnels engendre dès lors carences, frustrations, colère et repli sur soi des résidents. On est donc loin de ce que l'on peut légitimement et réglementairement attendre d'un accompagnement en EHPAD. Si le préjudice est grand pour les résidents, il est également réel pour les professionnels qui travaillent dans ces conditions.

2.3.3 Des professionnels en souffrance

« Lorsqu'on demande aux européens ce qu'évoque le travail pour eux, les anglais sont près de 40% à citer « la routine », alors que les français préfèrent les notions d'accomplissement ou de fierté. » ⁷⁵ Or, comme l'explique Christophe DEJOURS, le travail, qui s'inscrit comme médiateur dans la construction de l'identité et de la santé, peut également contribuer à désorganiser l'identité, voire, à la détruire, et il devient alors un facteur pathogène très puissant. On passe ainsi d'un « processus désirant » à un « processus déstructurant ».

« Le mal ne vient pas du fait que les agents n'auraient pas les ressources personnelles pour faire face aux contraintes de l'organisation. C'est l'inverse. C'est l'organisation du travail qui manque de ressource pour leur permettre de travailler correctement » indiquent Yves CLOT et Philippe ZARIFIAN. ⁷⁶ Ainsi, comme le pense Yves Clot, le travail bien fait est le ressort de la santé au travail. Il indique en outre que « la conscience professionnelle est un facteur de santé autant que d'efficacité quand elle est entretenue. » ⁷⁷ Dans le cadre professionnel, la notion de valeur est donc intimement liée aux notions de travail et de réalisation de soi. C'est majoritairement le cas pour les professions d'aide aux personnes.

⁷³ MONFORT JC., 1995, The difficult elderly patient : curable hostile depression or personality disorder ? *Psychogeriatrics* 7 (95-111)

⁷⁴ MONFORT JC., Vieillir, risques et chances – Petit traité de psycho-gérontologie, p 590

⁷⁵ DANOINE L., MEDA D., 2008, Place et sens du travail en Europe ; une singularité française ?, document de travail pour le Centre d'Etude de l'Emploi, n°96-1, p43

⁷⁶ CLOT Y., ZARIFIAN P., 2009, Evaluation des performances, point aveugle, Le Monde

⁷⁷ CLOT Y., 2010, Le travail à cœur, La Découverte, p 44

A Marcel Braun, les professionnels que j'ai rencontrés ont le sentiment de mal faire leur travail et de ne pas pouvoir répondre aux besoins de ces résidents : « c'est compliqué pour les soignants, ils demandent plus d'énergie que les autres psychologiquement ; on ne peut pas répondre à leurs attentes. »⁷⁸ Les conséquences soulevées par le médecin sont les suivantes : « des arrêts de travail et notamment des gens qui ne s'arrêtaient jamais auparavant, de l'épuisement professionnel, des conflits internes, des problèmes d'agressivité entre professionnels, entre professionnels et familles, entre professionnels et résidents, psychiatriques ou non. »⁷⁹

Si l'on peut évoquer la notion d'épuisement professionnel, la question du burn-out reste pour l'instant hors de propos et n'a, à aucun moment, été mentionnée au cours de mon stage. Pour autant, le contexte professionnel est bien celui qui est proposé par C. Maslach dans le cadre de son travail sur l'approche diagnostique et la mesure du burnout, c'est-à-dire : « la présence de demandes qui dépassent les ressources, dans un contexte où les personnes n'arrivent pas à récupérer, l'absence de motivation et les conflits de valeur. »⁸⁰

En outre, une étude sur les risques psycho-sociaux menée au CHSLD au cours du quatrième trimestre 2014 vient corroborer l'idée que les conditions de travail ardues nuisent à la santé des professionnels. En effet, la configuration du bâtiment et le manque de moyen engendrent une augmentation du rythme et de la charge de travail. Les interruptions extrêmement fréquentes auxquelles doivent faire face les professionnels, ainsi que la charge cognitive importante liée au travail demandé, constituent des facteurs aggravants. L'ensemble génère un conflit de valeur auquel sont soumis les professionnels, car ils ont le sentiment de ne pas réaliser un travail de qualité. Cela engendre la démotivation des agents de ce bâtiment, bien qu'ils soient considérés par les auditeurs comme épanouis, stables et aimant leur métier. Pour conclure, la situation à Marcel Braun est considérée comme critique, en raison des exigences liées au travail et des conflits de valeur ressentis par les professionnels.

2.3.4 Des conséquences graves en termes d'image et d'attractivité de l'établissement

Les deux difficultés majeures rencontrées à Marcel Braun sont donc liées à l'inadaptation des locaux, ainsi qu'aux difficultés d'exercice des professionnels, l'ensemble nuisant à la qualité de la prise en charge. Ces conditions sont souvent connues non seulement des différents professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, mais

⁷⁸ Cf entretien n° 13

⁷⁹ Cf entretien n°2

⁸⁰ KOVÉSS-MASFETY V., SAUNDER L., 2016, Le burnout : historique, mesures et controverses. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 1060.

également de la population du territoire dont sont issus les résidents. Ainsi, « il y a aujourd'hui une image très négative du service et des professionnels qui y travaillent », souligne le Dr J.⁸¹

Le taux d'occupation du bâtiment est le plus faible de l'établissement. Plusieurs chambres sont libres en permanence, non pourvues malgré les demandes d'admission quotidiennes et des résidents sur liste d'attente. Plusieurs médecins ont évoqué le fait que des familles refusent l'admission de leur parent dans ce bâtiment après visite, bien que ce soit le seul bâtiment du CHSLD qui garantisse à tous une chambre individuelle, sans surcoût par rapport aux autres bâtiments. Ce bâtiment véhicule une image dégradée de l'établissement, en lien étroit avec la population qui y est accueillie. Ainsi, par rapport aux autres EHPAD du département, le CHSLD, seul établissement public, peine à se débarrasser de cette image de mouvoir qu'il véhicule depuis longtemps. L'établissement n'est pas attractif.

« Qui aurait envie de placer son parent ici ? » m'interroge le Dr J. Il est vrai qu'avec ses grands espaces communs, ses longs couloirs étroits, ses quelques 98 résidents dont la moitié souffre de troubles psychiatriques, la résidence Marcel Braun fait peur. Les accidents qui ont eu lieu récemment finissent par ternir l'image de ce lieu auquel les pompiers accordent un sursis, bien que les normes principales de sécurité incendie n'y soient pas respectées.

Dans le cadre de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie conduite par D. Robiliard, les représentants d'associations de directeurs d'EHPAD, auditionnés à l'assemblée nationale le 3 octobre 2013, ont considéré la prise en charge en EHPAD des personnes âgées psychotiques comme un véritable défi. Le CHSLD s'est, depuis plusieurs années, engagé dans l'accueil de ces résidents. S'il dispose d'atouts pour cela, il est en difficultés sur de nombreux points. La reconstruction de l'ensemble des bâtiments de l'établissement est engagée. Une partie des bâtiments sera livrée en 2018, et une seconde partie le sera en 2019. La résidence Marcel Braun fait partie de cette seconde phase. En termes d'accueil des résidents psychiatriques, plusieurs solutions sont envisageables. Il s'agit, dès lors, de tirer des enseignements des difficultés présentes, afin de pouvoir s'engager, via ce projet de reconstruction, dans une démarche d'amélioration de l'accompagnement des résidents souffrant de troubles psychiatriques.

⁸¹ Cf entretien n°2

3 Entre unité spécialisée et intégration en milieu ordinaire : des orientations guidées par la question architecturale

3.1 Des unités de géronto-psychiatrie pour professionnaliser l'accompagnement

3.1.1 Un bâtiment de géronto-psychiatrie au service de la psychiatrie du sujet âgé

« La psychiatrie de la personne âgée vulnérable nécessite une approche thérapeutique particulière et des compétences spécifiques. » C'est en ces termes que le Dr Cléry-Melin, psychiatre, justifie la création de la clinique géronto-psychiatrique de Garches. C'est également l'argument principal qui vient étayer ma proposition de création d'un bâtiment de géronto-psychiatrie au CHSLD.

Dans le contexte tel que présenté ci-dessus, un des objectifs recherchés est de rassurer et d'occuper les résidents, en leur donnant un cadre simple et chaleureux. Il s'agit également de faire disparaître les facteurs aggravants identifiés précédemment. A cet égard, « la structure spécifique présente des avantages certains » indique le Dr H⁸². « Aujourd'hui, on crée de plus en plus d'unités spécialisées. C'est une bonne chose d'avoir des bâtiments par spécificités : c'est plus facile que de gérer les mélanges entre résidents. » Au travers des entretiens menés, les professionnels ont souvent fait remonter le fait que ces résidents ont des besoins spécifiques, et que ce qui est difficile, est finalement moins d'apporter une réponse à ces besoins, que de composer entre les besoins des résidents d'EHPAD classique, et les besoins des résidents psychiatriques. « Ce qui gêne le plus, c'est qu'il faille se partager entre différents profils, et ajuster ses pratiques professionnelles : Ils n'ont pas les mêmes objectifs, ils n'ont pas les mêmes besoins, ils n'ont pas les mêmes prises en charge, ils n'ont pas le même âge »⁸³

Par ailleurs, les soignants qui s'occupent de ces résidents ont des difficultés à adapter leurs pratiques professionnelles, ce qui génère les conflits de valeurs révélés par l'enquête sur les risques psychosociaux. Ainsi, l'aide-soignante référente de M. P et Mme V m'indique : « Avec eux, on est obligé de négocier pour arriver à des choses : donc, on est obligé de les infantiliser, de faire du chantage, d'être dans la négociation permanente. Cela va à l'encontre des principes de base de la prise en charge en EHPAD : consentement – humanité. On est un peu perdu dans tout ça. Avec les uns, il faut respecter certains principes, qui ne sont pas valables avec les autres.» Ainsi, compte-tenu du nombre important de résidents psychiatriques au CHSLD, la création d'un bâtiment dédié s'est avérée une solution intéressante. J'ai donc proposé de dédier un des deux bâtiments de

⁸² Cf entretien n°5

⁸³ Cf entretien n°13

deux étages à la géro-psycho-geriatrie. Ce bâtiment comprendrait deux unités de 30 résidents, elles-mêmes pouvant le cas échéant, être subdivisées en deux petites unités de 15 résidents. Si cette hypothèse laisse entrevoir des prises en charge complexes, elles s'avèrent, pour les établissements qui se sont engagés dans cette démarche, stimulantes pour les équipes. « On pourrait penser que ces unités font peur, mais en réalité, la nouveauté attire. ⁸⁴» C'est le cas, par exemple du pavillon Gustave Flaubert de l'EHPAD de Grugny qui est un des rares établissements de géro-psycho-geriatrie en France. Cet établissement a développé un pôle dédié aux seules personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques et déficiences mentales. Structure à caractère hybride, à la lisière entre le sanitaire et le médico-social, elle accueille des personnes qui sont pour la plupart institutionnalisées depuis l'adolescence. Ainsi, l'intervention se situe à deux niveaux : d'une part, dans la gestion des troubles comportementaux, et d'autre part, dans la prévention de la dépendance. Si le concept est séduisant, il n'en demeure pas moins que le manque de moyens, notamment en termes de ressources humaines, constitue un frein aux résultats que permettrait d'atteindre une telle structure.

Toutefois, le CHSLD, compte-tenu de ses atouts en termes de compétences médicales et pluri-professionnelles, semble en mesure de pouvoir mettre en place ces unités spécialisées. Il pourra s'appuyer pour cela, sur une solide politique d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés, dans la mesure où les résidents psychiatriques ont besoin de bénéficier à la fois d'un projet de soins et d'un réel projet de vie, ce qui fait défaut en établissement psychiatrique. A cet égard, l'admission dans une telle unité constitue une réelle plus-value pour le patient issu d'un service de psychiatrie.

Par ailleurs, l'idée de spécialiser officiellement l'établissement dans l'accueil et la prise en charge de ces populations peut permettre au CHSLD de transformer en atout ce qui a, jusqu'à présent porté préjudice à son attractivité et à son image.

L'objectif recherché au travers de cette proposition est d'éviter les ré-hospitalisations des résidents, et les ruptures dans leurs parcours de soins. Pour cela, l'établissement devra s'appuyer sur un réseau de professionnels, sous l'impulsion du directeur de l'établissement et du médecin coordonnateur du bâtiment de géro-psycho-geriatrie.

3.1.2 Une proposition portée par le Projet Médical

La prise en charge de personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques au sein d'une unité de géro-psycho-geriatrie, implique un regard croisé et des interventions coordonnées entre psychiatres, gériatres, neurologues et psychologues. En effet, les situations pathologiques psychiatriques et somatiques sont variées, et surviennent souvent sur un terrain complexe associant dépendance, isolement social, comorbidités, maladies neurodégénératives et troubles psychiatriques.

⁸⁴ Cf entretien n°6

« En psychogériatrie, on cherche du sens aux troubles du comportement en creusant les éléments de vie. En psychiatrie, on va s'attacher uniquement aux symptômes. Les deux approches sont complémentaires, et le travail en commun des deux spécialités permet d'appréhender les résidents / patients de psychiatrie dans une approche plus complète. »

⁸⁵ Si actuellement une convention existe entre le CHSLD et l'AHBFC, cette convention est établie sur le même modèle pour le CHSLD et pour les autres EHPAD du département. En aucun cas, elle n'est donc en mesure de témoigner d'un quelconque partenariat privilégié ou renforcé avec le CHSLD. Les termes de cette convention ne semblent ni suffisants, ni satisfaisants. La mise en place d'une nouvelle convention entre le CHSLD et l'AHBFC semble dès lors une condition sine qua non à l'ouverture du bâtiment de gérotopsychiatrie. Doivent être revus les critères d'admission au CHSLD des patients de psychiatrie, les modalités de suivi, les conditions et les modalités de ré-hospitalisation des patients, le cas échéant, les conditions d'arrêt du suivi psychiatrique, les modalités de suivi des résidents du CHSLD non connus des services de psychiatrie, les délais d'intervention des psychiatres. En outre, la présence fréquente et régulière d'un psychiatre dans le bâtiment devra être prévue : une présence une journée par semaine pourrait être envisagée. Ce temps médical qui sera facturé au CHSLD par l'AHBFC devra faire l'objet d'une discussion à l'ARS par le directeur du CHSLD. Compte-tenu du contexte et des orientations nationales déclinées en première partie de mémoire, une demande de subventionnement pourrait être formulée par le directeur.

Par ailleurs, afin que cette coopération soit efficace et opérationnelle, il est nécessaire d'établir avec le partenaire de psychiatrie, les modalités d'échanges et de partage des informations, entre des professionnels qui n'ont pas nécessairement les mêmes approches et la même culture professionnelle. Les outils de suivi et d'évaluation des résultats devront être mis en place, ainsi que des procédures relatives aux différentes prises en charge, et aux différents épisodes évolutifs des pathologies psychiatriques.

S'intégrant dans le projet global de reconstruction de l'établissement, ce projet doit faire partie intégrante du projet médical de l'établissement. Le CHSLD est en effet, en phase de réécriture de son projet d'établissement, et le projet médical intègre donc ces éléments. Ce projet ne pourra voir le jour sans l'implication forte, non seulement du directeur de l'établissement, mais également du président de CME et du médecin coordonnateur chargé de ces résidents. Il y a en effet une dimension managériale importante dans les négociations qui devront avoir lieu avec l'ARS et l'AHBFC, et dans la définition des termes du partenariat. En outre, en interne au niveau de l'établissement, les compétences médicales et paramédicales qui constituent un des points forts de l'établissement devront être pleinement associées au projet. Les outils de suivi mis en place dans le cadre du partenariat devront pouvoir être utilisés par tous les professionnels.

⁸⁵ Cf entretien n°5

Par ailleurs, j'ai proposé au directeur du CHSLD une participation plus étroite au travail mené par la MAIA. Lors de notre entretien, la coordinatrice du CLIC et co-pilote MAIA m'a en effet avoué très peu connaître le CHSLD, alors que cet établissement est le plus gros EHPAD du département. Elle indique avoir rencontré le directeur lors de réunions organisées par le conseil départemental, mais n'avoir jamais visité la structure. « Il faut dorénavant que la MAIA travaille davantage avec le CHSLD ». ⁸⁶

Dans le cadre du PRS 2012 – 2016, la MAIA travaille sur une convention relative à l'accompagnement et à la prise en soins des personnes âgées de 60 ans et plus, présentant des pathologies frontières de type neurologique avec troubles psychiques. Il s'avère que le CHSLD n'est pas signataire de cette convention et s'intègre peu à la réflexion. Si cette stratégie est revue, le CHSLD aura ensuite la possibilité de s'appuyer sur les gestionnaires de cas MAIA, afin d'optimiser les ressources présentes pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

Enfin, ce projet intervient dans un contexte de mise en place des GHT sur l'ensemble du territoire français. Le CHSLD est un des établissements partie du GHT Nord Franche-Comté. La création de filières de soins coordonnées est en cours de réflexion dans le cadre du GHT, afin d'élaborer le projet médical de territoire. Si la filière « personnes âgées » est bien identifiée, ainsi que la filière « psychiatrie de l'adulte », il ne semble pas pour l'instant être identifié de passerelle entre les deux secteurs. Je note par ailleurs qu'aucun membre du CHSLD n'est intégré dans le groupe de travail relatif à la psychiatrie de l'adulte. Il y a là un manque qu'il conviendra de combler en lien étroit avec l'AHBFC, afin d'identifier clairement un parcours de soins des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques, en lien avec l'ouverture du bâtiment de géro-psi-chiatrie en 2019.

3.1.3 Un projet de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

A propos des compétences requises pour la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques, le Dr Cléry-Melin, psychiatre, explique que la prise en charge géro-psi-chiatrique nécessite un savoir-faire mais aussi un savoir-être spécifique. Elle doit associer la connaissance des affections psychiatriques avec des stratégies comportementales, des outils d'analyse des situations, des techniques d'intervention permettant de dénouer des crises. « La compétence passe par la formation des personnels, indique le Dr Françoise GUILLEMETTE. L'une de nos réticences majeures à l'accueil des psychotiques est liée à l'absence de formation spécifique des personnels, qui ne possèdent pas la « culture » pour accueillir des psychotiques. » ⁸⁷

⁸⁶ Cf entretien n°10

⁸⁷ GUILLEMETTE Françoise, 2007, Les psychotiques vieillissants en EHPAD : où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université Paris V

Le rapport du HCSP sur le PPSM 2011-2015 précise, par ailleurs, que « l'exercice en service de psychiatrie, ou dans certains services spécialisés, ne saurait être un « passage obligé ». Savoir-être et savoir-faire sont indissociables de l'engagement professionnel en psychiatrie. Il importe de « passer de la gestion des ressources humaines à la gestion humaine des ressources » : il faut donc passer de la simple gestion à la valorisation des ressources humaines.⁸⁸

Au regard de ces éléments, il m'est apparu que la constitution des équipes qui vont travailler en géro-psycho-geriatrie est un élément clé de la réussite du projet.

J'ai donc mené deux entretiens spécifiques, relatifs aux modalités de recrutement en psychiatrie, et les éléments suivants m'ont été rapportés par un DRH et un DSI de CHS :

- la motivation de l'agent est l'élément essentiel d'un recrutement dans un secteur difficile : elle conditionne en grande partie la réussite ou l'échec de la démarche.
- 80% du recrutement s'effectue sur la base du savoir-être de la personne.
- dans ce secteur, ce ne sont ni les compétences techniques, ni une éventuelle expérience en psychiatrie qui détermine si la personne est appropriée ou pas.

Par conséquent, j'ai proposé au CHSLD un projet de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, ayant pour objectif de favoriser le savoir-être de l'agent et sa motivation. Pour travailler sur ce projet, j'ai mis en place un groupe de travail. Sur la base des savoir-être de l'agent, nous avons élaboré la liste des aptitudes nécessaires par profil de résident, profil psychiatrique compris. Nous avons ensuite identifié les degrés de nécessité de ces aptitudes par profil. Grâce à la compétence et à la motivation de chacun, un outil d'évaluation automatique des aptitudes de l'agent a été créé. Ainsi, chaque agent est invité à y indiquer quel est son niveau d'appropriation de chaque aptitude. L'outil met alors immédiatement en évidence le profil de résident qui correspond le mieux aux aptitudes de l'agent. L'outil permet en outre, de recueillir les souhaits de l'agent quant au profil de résident auprès duquel il souhaite travailler, ainsi que l'avis du cadre à cet égard. Ainsi, l'agent est invité à indiquer son choix par ordre décroissant de préférence : 3/choix prioritaire, 2/choix suivant, 1/dernier choix, 0/non-choix. Dans la mesure de ses possibilités et sous-réserve des nécessités de service, la Direction du CHSLD s'engage auprès de chaque agent, à respecter son non-choix : en aucun cas un professionnel ne devra être amené à travailler auprès d'un profil de résident avec lequel il se sent mal à l'aise ou en difficulté.

Par ailleurs, il a semblé évident que l'entretien annuel d'évaluation est le moment le plus approprié pour réaliser cette évaluation. C'est l'endroit où se discute l'avenir professionnel d'un agent, les grandes orientations, les besoins de formation. A cet égard, les résultats de l'évaluation doivent donner lieu à une discussion entre l'agent et le cadre. Cette discussion

⁸⁸ COPE JF., MEHAIGNERIE P., 2009, Rapport de la commission de réflexion sur la souffrance au travail

doit porter tant sur les profils qui se dégagent que sur les souhaits de l'agent, ou les besoins de formation ou d'accompagnement qui lui permettront d'accéder à son objectif en termes d'affectation. Cette démarche doit permettre d'évaluer les aptitudes et de recueillir les souhaits des 40 infirmières et les 200 aides-soignantes et AMP de l'établissement.

Par ce travail, j'ai souhaité valoriser l'agent, favoriser sa motivation et ainsi, éviter la résistance au changement et l'épuisement professionnel. L'outil proposé, inventé et constitué de toute pièce, n'est pas un simple outil d'évaluation. Il se focalise sur les aptitudes personnelles et professionnelles des soignants, permettant l'accompagnement approprié de chaque personne âgée, mais nécessaires à des degrés différents, en fonction de certains profils de résidents particuliers. Le CHSLD a fait le choix d'accueillir un nombre important de résidents souffrant de troubles psychiatriques, dans un contexte général où, ne répondant plus au cahier des charges de l'institution psychiatrique, ces personnes ne trouvent pas non plus leur place en EHPAD. Convaincus qu'il faut adapter les structures médico-sociales pour pouvoir accueillir ces personnes et leur prodiguer l'attention et les soins nécessaires à leur état, l'établissement souhaite aujourd'hui spécialiser, professionnaliser et accompagner ses professionnels, pour un accompagnement sur-mesure de ces populations. A travers ce projet, j'ai proposé d'ancrer les professionnels du CHSLD dans un « processus désirant » tel que présenté par Christophe DEJOURS.

Soutenu par une volonté médicale forte, accompagné dans le cadre d'un partenariat solide, et mis en œuvre par des soignants appropriés, formés et volontaires, cette proposition de création d'unités de géro-psycho-geriatrie doit permettre d'apporter une réponse à la souffrance des professionnels, ainsi qu'en termes de qualité de prise en charge des résidents. Toutefois, ce projet reste foncièrement lié aux contraintes architecturales, qui ont une incidence forte sur l'organisation médicale.

3.2 La reconstruction du CHSLD : la question architecturale au cœur de l'organisation médicale

3.2.1 Interchangeabilité et interopérabilité du bâti

Lors du colloque « Architecture et psychiatrie » qui a eu lieu à Paris au mois de mai 2016, il a été rappelé que l'architecture doit contribuer à « faire disparaître les conditions inacceptables d'hébergement qui peuvent perdurer dans certains établissements ».⁸⁹ Quel que soit le contexte, l'architecture doit donc trouver des solutions adaptées dans toutes les phases des troubles mentaux, des phases aiguës aux phases plus apaisées, de la jeunesse à la vieillesse, en conciliant au mieux la sécurité, et en offrant aux personnes un espace et une ouverture vers l'extérieur qui permette leur rétablissement et entretienne leurs liens

⁸⁹ <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160524-qualite-l-architecture-hospitaliere>

sociaux. C'est pourquoi des progrès considérables ont été faits en matière architecturale, afin d'améliorer les conditions d'hébergement des personnes souffrant de troubles mentaux.

En s'appuyant sur quelques réalisations expérimentales, les architectes Philippe ALLUIN et Jean-Paul MAUDUIT ont étudié les rapports entre l'espace et l'individu en situation de handicap, notamment psychiatrique. Ils s'appuient sur le fait que la dépendance ne constitue plus un frein à la production architecturale, mais plutôt une opportunité permettant de remettre en cause les schémas habituels, et d'expérimenter des organisations spatiales innovantes. A titre d'exemple, ils remettent en cause les « espaces servants », et dès 1987 imaginent des plans panoptiques, avec des chambres organisées autour d'un espace commun, reconstituant ainsi l'échelle d'une maison. Ils imaginent également des « espaces transitoires, instaurant des rapports progressifs entre l'individu et le groupe⁹⁰ ». C'est le principe de l'institution spectacle, où la personne est à la fois spectateur et acteur.

Cependant, des difficultés d'ordre opérationnel rencontrées par la maîtrise d'œuvre au moment de la mise en œuvre des projets viennent complexifier et ternir leurs réalisations. De fait, plusieurs facteurs influencent les ouvrages architecturaux, limitant ainsi les possibilités de réalisation architecturales : facteurs économiques, institutionnels, contraintes techniques et réglementaires de plus en plus lourdes. Dans un contexte budgétaire tendu, les établissements doivent restreindre leurs dépenses, et ne peuvent pas se permettre de supporter les coûts engendrés par ces réalisations. En outre, pour ce qui concerne les établissements médico-sociaux, il n'est pas question de faire peser des surcoûts architecturaux importants sur les prix de journée des résidents d'EHPAD.

Lors d'une opération de construction, ou de reconstruction telle que celle engagée par le CHSLD, les contraintes institutionnelles en termes de programmation, d'autorisation, de procédure, de mise en concurrence, viennent allonger la durée des projets, ce qui a un impact direct sur la nature des réalisations architecturales. Ainsi, le projet de reconstruction du CHSLD a démarré en 2011, pour une réalisation qui a débuté en 2016, et une livraison des bâtiments entre 2018 et 2019. Cela porte la durée du projet à 8 années. Il n'est pas rare de voir des projets de construction durer de 10 à 15 années. Par conséquent, souvent, l'équipe qui élabore et réfléchit le projet n'est pas celle qui vit le projet, les dirigeants restant en moyenne 4.5 années⁹¹ sur un même poste. Par ailleurs, les politiques publiques évoluent et les orientations nationales peuvent être amenées à changer pendant la durée du projet, contraignant les établissements à modifier leur offre de soins et d'accompagnement et leur stratégie. Enfin, le profil des résidents évolue très rapidement. La population des EHPAD

⁹⁰ ALLUIN P., MAUDUIT JP., 2004, L'architecture au service des personnes sous handicap in *Architecture et Psychiatrie*, p 188

⁹¹ Selon IBB Executive Search

était différente, plus jeune et plus autonome il y a quelques années. Les politiques publiques en faveur du maintien à domicile entraînent, en effet, un vieillissement de la population des EHPAD. En outre, compte-tenu des progrès médicaux réalisés, des populations nouvelles sont progressivement orientées en EHPAD : personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées souffrant de handicap social et d'exclusion.

Il n'est pas financièrement tenable de mener un projet de construction qui ne répondrait au besoin de la population que pendant quelques années. Il est nécessaire d'apporter pérennité et longévité aux nouvelles constructions. Dès lors un projet architectural trop particulier, dédié à un type de population, prend le risque de subir des modifications importantes au cours de la phase d'études ou de construction, ce qui génère des surcoûts importants, et ralentit d'autant la durée de réalisation du projet.

Ainsi, malgré les progrès réalisés et les possibilités offertes par les architectes en termes de bâti, la posture architecturale actuelle est de construire des bâtiments qui soient le plus mobilisables possibles. Il ne faut pas figer les organisations au travers des murs. En raison des contraintes évoquées précédemment, les bâtiments doivent être parfaitement interchangeables et interopérables. C'est la posture qui a été prise par le CHSLD. Le projet architectural est la résultante d'une stratégie fonctionnelle : faire en sorte que chaque bâtiment puisse être totalement interchangeable avec un autre, et permettre également que tout résident quel que soit son profil puisse être accueilli, dans des conditions équivalentes de confort et de bien-être, dans quelque bâtiment que ce soit. Nous sommes donc bien loin des innovations architecturales dédiées au handicap mental et à la psychiatrie permises par les progrès techniques.

Comme le bâtiment destiné à accueillir la géro-psycho-geriatrie ne sera donc pas conçu spécifiquement pour cette population, la définition des organisations permettant de s'approprier et d'investir les locaux est une étape essentielle. A cet égard, j'ai été amenée à faire des propositions d'évolution du bâti.

3.2.2 Un projet de reconstruction figé ; des organisations à définir

Malgré le nombre important de personnes accueillies, le programme fonctionnel établi par le CHSLD a su définir des unités à taille humaine. Réparties en cinq bâtiments – deux bâtiments de 2 niveaux et 3 bâtiments de 3 niveaux – chaque corps de bâti reçoit une unité de 2 fois 15 lits. Le bâtiment envisagé pour l'accueil du service de géro-psycho-geriatrie est un bâtiment de 2 niveaux, soit 60 lits.

Lumière, circulations généreuses, absence de « cul de sac » sont des règles qui prévalent quel que soit le type de population accueillie. Des espaces lumineux et amples sont prévus, et les couleurs font l'objet d'une attention soignée. Dans toutes les unités, la lumière sera présente depuis les 4 points cardinaux, et les résidents pourront suivre l'évolution du soleil au fil de la journée. Au rez-de-chaussée, le bâtiment abrite un jardin permettant promenade,

déambulation, parcours de marche et jardinage. Il est conçu pour que l'on puisse soit s'y installer collectivement, soit y trouver un espace de solitude ou de confidentialité. Situé en contre-haut d'un mètre par rapport au terrain naturel, ce jardin est un petit belvédère, ouvert sur le paysage, mais parfaitement clos et sécurisé afin d'autoriser aux résidents un accès libre. Cette unité doit être un lieu de vie ouvert, propice à l'échange et à l'appropriation. Des circulations larges et évasées entraînent les résidents vers le cœur de projet que sont la grande salle d'animation, la salle à manger thérapeutique et sa cuisine, ainsi que des salons permettant de prendre une collation, de recevoir un proche, ou d'isoler un résident en cas de besoin.

Ce projet architectural étant figé, la réflexion a porté sur l'organisation à mettre en place au sein du bâtiment de gériatrie-psychiatrie. Dans le cadre d'un travail mené avec la direction des soins, j'ai formulé plusieurs propositions et préconisations. La première a porté sur le dimensionnement des effectifs. Dans la mesure où la taille des effectifs s'avère un élément déterminant dans la qualité de l'accompagnement des résidents souffrant de troubles psychiatriques, il n'est pas acceptable que cette unité dispose d'un ratio d'effectifs identique aux autres unités. Je propose d'attribuer deux postes en plus à chaque unité de 30 résidents. Ces postes viendront en déduction d'une unité du CHSLD qui sera réservée aux résidents les plus valides et/ou autonomes ; la création de cette unité fait partie des propositions que j'ai formulées à l'établissement, dans le cadre d'une de mes missions.

La composition des équipes est également un point sensible, dans le prolongement du travail de GPEC présenté ci-dessus. Ainsi, il est donc proposé d'élaborer une cartographie des potentiels agents. Un informaticien a par conséquent, élaboré un outil qui permettra à la direction des ressources humaines et à la direction des soins, de disposer d'une synthèse des données et évaluations recueillies. La composition des équipes devra ainsi prendre en considération à la fois les choix et non-choix des agents, mais aussi le profil de chacun défini sur la base des aptitudes mentionnées.

Il sera ensuite nécessaire d'identifier les potentiels, profils et métiers manquants : l'entrée dans l'établissement des métiers d'AMP, et d'éducateurs spécialisés a été évoquée à plusieurs reprises. Ces professionnels auraient sans doute une plus-value importante dans une unité de gériatrie-psychiatrie. Si cette préconisation est suivie, les recrutements des agents devront être prévus et organisés, avec notamment, et en préalable, la rédaction des profils de postes.

Par ailleurs, j'ai proposé, à la direction, à l'encadrement, ainsi qu'aux partenaires sociaux et aux professionnels de santé lors de réunions d'information distinctes, de mettre en place un système de rotation des personnels de ce service. Deux objectifs principaux sont recherchés : éviter l'épuisement professionnel et diversifier l'activité des soignants. Si cette proposition a recueilli un avis favorable de l'ensemble des professionnels, des questions ont vite été formulées sur les modalités pratiques de mise en œuvre d'un tel dispositif.

Aussi, il a été envisagé de faire tourner les agents sur des durées de 3 à 6 mois : il faut en effet concilier plusieurs prérequis indispensables :

- garantir malgré tout une stabilité d'équipe et d'organisation,
- maintenir toujours un niveau d'expertise suffisant dans l'équipe,
- ne pas perturber les résidents qui ont besoin de repères et pour qui la stabilité de l'équipe soignante est importante.

Cette pratique implique, en revanche, la nécessaire harmonisation des pratiques au sein du CHSLD, et donc des organisations nouvelles à mettre en place. Il s'avère en effet qu'entre les différents bâtiments de l'établissement, les agents sont soumis à des dispositions différentes en termes de temps de travail et en termes d'horaires. L'accord temps de travail négocié en 2010 prévoit en effet que certaines unités fonctionnent en 37h30, et bénéficient donc de 15 jours de RTT, et d'autres en 37h36 avec 18 jours de RTT. Dans la mesure où les équipes soignantes doivent nécessairement être remaniées dans le cadre de la reconstruction, l'harmonisation du temps de travail est un préalable nécessaire. Je propose que le temps de travail officiel soit de 37h30 + 15 jours de RTT. Des négociations doivent donc s'engager avec les partenaires sociaux, dans la mesure où un certain nombre d'agents vont perdre le bénéfice de 3 jours de RTT par an.

J'ai également proposé que les équipes soient recomposées régulièrement, et que tous les 3 ou 4 ans, le personnel change de service. C'est une pratique d'ores et déjà mise en place dans l'unité de gériatrie-psychiatrie « Maison Blanche », qui fera l'objet d'une présentation ultérieurement dans ce mémoire. A cet égard, le directeur de la structure m'indique lors de notre entretien : « C'est une bonne pratique en matière de GRH, mais ce n'est pas facile à mettre en œuvre. Après coup, les agents sont satisfaits du changement, et ce mode de fonctionnement n'est pas du tout remis en cause. Les vertus en sont reconnues.⁹²»

Si ces dispositions, tant architecturales qu'organisationnelles, permettent d'entrevoir des conditions d'accueil, de prise en charge satisfaisantes pour les résidents, et des conditions de travail meilleures pour les professionnels, il n'en demeure pas moins qu'il serait intéressant d'apporter des modifications à certains aspects architecturaux.

3.2.3 Les évolutions nécessaires à l'accueil des résidents psychiatriques

Si par certains aspects, le projet architectural ne répond pas au besoin de façon optimale, compte-tenu des impératifs d'interchangeabilité des locaux, des compromis doivent être trouvés pour faire évoluer le projet à l'intérieur d'un même contenant.

L'architecture est un élément essentiel de la qualité des soins, de la phase de réadaptation et de la participation à la vie sociale, et il importe que le dialogue entre architectes, soignants, gestionnaires et les personnes impliquées, puisse avoir lieu. Des méthodes de

⁹² Cf entretien n° 6

travail pluri-professionnelles donnent la possibilité aux usagers et aux professionnels de santé de faire connaître leurs attentes aux architectes, et donc d'influencer le bâti. Ainsi, dans un souci de bon usage des finances publiques, et afin de livrer un bâtiment qui réponde le mieux possible au besoin, il est proposé de solliciter l'architecte pour y travailler. Les deux points saillants à renégocier sont la taille des unités et l'implantation et l'organisation des locaux de soins.

La taille des unités est un élément essentiel de la prise en charge des résidents souffrant de troubles psychiatriques. Ainsi, le directeur de l'unité de géro-psi-chiatrie de Beaucourt m'indique : « Un des secrets de la réussite de ces unités réside dans leur petite taille : il faut lutter contre le gigantisme, et garder des services à taille humaine. » Si dans le projet initial, les unités étaient conçues comme des unités de 2 fois 15 lits, avec la possibilité de mettre en place des organisations pour des services de 15, ce dispositif a été abandonné durant la phase d'étude pour des raisons de sécurité. Par conséquent, dans la configuration actuelle, ce sont 2 unités de 30 lits qui sont en cours de construction, une par niveau. Si cela constitue un progrès notable par rapport au fonctionnement actuel, on ne peut que regretter le fait de ne pas pouvoir créer des unités de 15. On sait que des unités de petite taille ont une fonction d'apaisement sur les résidents. Cela permet en outre aux professionnels de se consacrer totalement à quelques personnes et les tensions s'en trouvent atténuées. C'est, en outre, cette capacité d'accueil qui est préconisée pour les UHR et les PASA. Par contre, revoir cette disposition implique des contraintes fortes en termes d'organisation des soins et d'agencement des locaux de soins. En effet, cela pourrait impliquer la nécessité de multiplier les locaux et les équipes soignantes de part et d'autre des services, ce qui n'est pas concevable pour des raisons financières. Pour pallier à cette situation, je propose de revoir l'agencement des locaux afin de mettre en place une pièce centrale, qui serait tout à la fois salle de soins et poste infirmier, et qui permettrait d'accéder à l'une ou l'autre aile du service. Ce local traversant garantirait l'autonomie de fonctionnement des deux secteurs, tout en permettant au personnel soignant d'aller de l'un à l'autre. Sécurisé, et ne permettant pas l'intrusion d'un résident, ce local doit permettre aux soignants d'avoir sous les yeux les pièces centrales des deux secteurs à la fois. Les locaux logistiques doivent être repositionnés afin de pouvoir desservir les deux secteurs à la fois. Formuler ces propositions alors que la phase d'avant-projet détaillé est dépassée relève d'une gageure. Cependant, plusieurs arguments viennent justifier ces propositions.

- ces locaux ainsi modifiés pourraient être réutilisés en l'état quel que soit le profil des résidents accueillis : dès lors on ne transige pas avec le principe d'interchangeabilité
- ces modifications n'ont pas d'impact sur le dimensionnement des effectifs

- le fonctionnement des 2 unités de 15 lits ainsi créées ne pèse pas plus lourd financièrement qu'une unité de 30 lits
- la plus-value en termes de qualité de vie et de qualité de l'accompagnement est indéniable pour les résidents, dans la mesure où les unités ainsi constituées permettent de diminuer les troubles du comportement
- l'établissement affirme clairement sa volonté de spécialisation et d'expertise dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques.

Ainsi, si ces propositions sont retenues, elles doivent faire l'objet de séances de travail d'une part avec l'architecte et les bureaux d'étude chargés du projet, et d'autre part avec les financeurs, c'est-à-dire l'ARS et le Conseil Départemental.

Un travail de fond avec la direction des soins, le cadre qui bénéficie d'une expertise dans le domaine de la psychiatrie doit être mené, afin que l'architecte puisse présenter une proposition de plan à valider. Les surcoûts devront ensuite être estimés : il s'agit d'une part des surcoûts en termes de construction, et d'autre part des surcoûts engendrés par la reprise des plans et des études.

Un second travail devra avoir lieu également, afin de rechercher si des pistes d'économie peuvent être dégagées par ailleurs pour minimiser la plus-value sur le coût du projet.

Les incidences sur le plan de financement et éventuellement sur le prix de journée devront être définies avant l'entrevue avec les financeurs de l'établissement.

Il revient ensuite au directeur de préparer une argumentation solide en faveur du projet, mettant en exergue l'intérêt de ces modifications auprès des résidents et auprès des professionnels, dans une perspective d'amélioration de la qualité, et en réponse à un problème de santé publique et de prise en charge qu'est l'accompagnement des psychiatriques vieillissants.

La reconstruction du CHSLD constitue donc une opportunité majeure dans la mesure où elle va permettre la création de ce bâtiment de géronto-psychiatrie, apportant ainsi une réponse qualitative, claire et engagée aux dysfonctionnements et aux problèmes actuels.

Certes, ces personnes nécessitent un engagement et un suivi particulier, et il est difficile de les inclure dans des unités d'EHPAD classique. Cependant, il faut garder à l'esprit que l'EHPAD reste un lieu de vie, au sein duquel, en plus des notions d'accompagnement individualisé et de sécurité, doivent prévaloir les notions de dignité, d'intégrité et de liberté d'aller et venir. Dès lors, ma vigilance est attirée sur le risque de ghettoïsation d'un tel dispositif.

3.3 Une démarche pour l'inclusion de ces résidents

3.3.1 Les effets liés à la stigmatisation des troubles psychiatriques

Qu'il soit intégré ou pas par le groupe social, la personne souffrant de troubles mentaux est « toujours considérée comme « hors norme », et la maladie mentale comme différente des autres maladies⁹³ »

Un stigmaté résulte d'un processus à travers lequel certaines personnes et groupes de personnes sont amenées à se sentir honteux, exclus et discriminés. Le processus de stigmatisation comprend cinq étapes qui convergent vers une situation de pouvoir : l'étiquetage, l'apparition de stéréotypes, la séparation entre les groupes, avec les notions de supériorité/infériorité, la perte de statut et la discrimination. Cette dernière se rapporte à toute distinction, exclusion ou préférence qui a pour effet l'abolition ou la diminution de la jouissance équitable des droits. Ainsi, dangerosité, imprévisibilité, irresponsabilité, images péjoratives et stigmatisantes entourent la personne souffrant de troubles mentaux. Les causes de la stigmatisation envers les personnes âgées psychiatriques sont l'ignorance et les fausses idées, la peur des dommages, de la contamination, de l'inconnu, de son propre vieillissement ainsi qu'une tendance à la conformité sociale et à la sécurité. Face à cette attitude se développent des préjugés, la création des stéréotypes populaires souvent véhiculés par les médias, des attitudes négatives des professionnels envers ces personnes mais aussi des attitudes négatives envers les agents qui s'occupent de ces personnes.

Ainsi, la lutte contre la stigmatisation des troubles mentaux a été identifiée comme une des principales priorités de l'OMS dès 2005.⁹⁴ L'OMS souligne dans son protocole d'accord « Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux », le fait que ces personnes portent une double charge qui mérite une attention particulière. L'OMS considère en outre que « la stigmatisation reste l'obstacle le plus important pour assurer l'accès aux soins de qualité pour les personnes âgées avec troubles mentaux. »

Dans ce contexte, la lutte contre les discriminations des personnes souffrant d'un trouble psychique est une préoccupation majeure des associations. L'UNAFAM estime ainsi que la presse n'est pas très porteuse des sujets de dé-stigmatisation et même, au contraire, qu'elle s'empare de faits divers tragiques autour de malades psychiatriques pour stigmatiser ces populations. Aussi, des actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiatriques sont menées au plan national et local, sous l'impulsion d'associations comme l'UNAFAM ou des Groupes d'Entraide Mutuelle. Mises en place dans le cadre du

⁹³ BRETON N. AUBRETON C. DALMAY F. BOUYASSE A-M. BLANCHARD M. NUBUKPO P. Stigmatisation de la schizophrénie : enquête auprès de 40 patients schizophrènes stabilisés – CAIRN www.cairn.info/article

⁹⁴ Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale – Relever les défis, trouver des solutions – Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe – Helsinki – 12-15 janvier 2005

PPSM 2005-2008, ces associations de personnes souffrant de troubles psychiatriques participent à la lutte contre la stigmatisation de leurs membres, s'appuyant sur la philosophie de la « pair'aidance⁹⁵ ». Autre dispositif de lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques, le clubhouse, est un outil nouveau en France, mais très répandu à travers le monde. Le travail qui y est mené repose sur la conviction que le potentiel inexploité de chacun peut être développé dans le cadre d'un groupe, dans un environnement de compréhension, de participation et de partage.

Pour lutter contre la discrimination des malades mentaux, des programmes d'éducation se développent également. C'est le cas des programmes « Open the doors » ou « changing mind ». L'objectif de ces initiatives est d'encourager les gens à « s'arrêter, réfléchir et comprendre ces maladies ⁹⁶ ». Malgré ces initiatives nombreuses, les professionnels constatent que ces campagnes d'information sur la psychiatrie ne marchent pas car elles sont trop extérieures. En revanche, les contacts interpersonnels permettent de rompre avec les idées fausses liées à la personne souffrant de troubles psychiatriques.

« Selon Mickaël DAVIDSON⁹⁷, la stigmatisation des malades mentaux peut être diminuée si les soins sont prodigués en dehors des structures traditionnelles psychiatriques ». Poursuivant cette même logique le Dr T, psychiatre de l'AHBFC, m'explique lors de notre entretien : « Il faut lutter contre la stigmatisation. A tout prix, ne pas renforcer la stigmatisation. La stigmatisation est iatrogène : elle produit du symptôme. Les patients de psychiatrie sont des patients dont les pathologies se potentialisent. La stigmatisation est inductrice de symptômes : c'est un facteur aggravant. Dans l'hypothèse de la création d'une unité de géronto-psychiatrie, même si vous faites appel à du volontariat pour constituer les équipes soignantes, on stigmatise les populations psychiatriques. Dans une unité spécialisée, on regroupe ces résidents qui ont mauvaise presse, ces indésirables : en stigmatisant, on cloisonne. En revanche, des résidents « noyés dans la masse » seront moins enclins à développer des troubles.⁹⁸ »

Ces éléments plaident donc en faveur d'un mélange entre les populations psychiatriques et les populations d'EHPAD classique. « Il faut mêler ces personnes à des résidents venant du milieu ordinaire, tout en faisant preuve de pédagogie. ⁹⁹ ». Argumentant en faveur de cette même pratique, le Dr I, gériatre, précise par ailleurs que « On ne s'attend pas à ce que la pathologie psychiatrique soit très aiguë chez la personne âgée. Les maladies mentales se normalisent beaucoup après la retraite : c'est souvent le moment de la seconde

⁹⁵ Regroupant des personnes éprouvant des difficultés similaires, le dispositif permet le soutien mutuel et permet l'établissement de liens sociaux.

⁹⁶ BRETON N. AUBRETON C. DALMAY F. BOUYASSE A-M. BLANCHARD M. NUBUKPO P. Stigmatisation de la schizophrénie : enquête auprès de 40 patients schizophrènes stabilisés – CAIRN www.cairn.info/article

⁹⁷ DEPERTEMENT DE PSYCHIATRIE, TEL AVIV UNIVERSITY

⁹⁸ Cf entretien n°11

⁹⁹ Ibid

chance pour ces personnes.¹⁰⁰» Et elle poursuit : «J'ai l'expérience de personnes âgées qui développent des troubles démentiels et qui ont des troubles psychiatriques associés. En réalité, tout se mélange. Je suis contre la séparation entre démence et psychiatrie. Je sais que ce n'est pas l'avis général. Plutôt que de vouloir séparer les personnes âgées en fonction de l'origine de leurs troubles, on devrait plutôt porter l'attention sur : Quel est le trouble ? Ce trouble est-il perturbant pour les autres personnes âgées ? Ce qui est difficile, c'est de prendre en charge les délires hallucinatoires, les patients violents et agressifs : l'origine du trouble : peu importe !! »

Ces indications vont à l'encontre d'une éventuelle unité de géronto-psychiatrie, mais compte-tenu de leur caractère probant, je me suis attachée à étudier la possibilité de l'inclusion des résidents souffrant de troubles psychiatrique en unité d'EHPAD classique.

3.3.2 La création d'une unité SAS permettant ensuite l'inclusion des résidents en unité l'EHPAD classique

Dans son article « Quel destin pour les vieux fous ? », la psychologue Lizzie Clavereau indique que, pour une meilleure intégration de ces patients dans les EHPAD, il faudrait pouvoir y intégrer d'anciens infirmiers de secteur psychiatrique ; ainsi, des unités de « dé-chronicisation¹⁰¹ » pourraient également préparer une future orientation en EHPAD. C'est le pari qu'a fait l'EHPAD de Maison Blanche de Beaucourt, en partenariat avec l'AHBFC.

Le 1^{er} janvier 2013, cet établissement, situé à une vingtaine de kilomètre du CHSLD, a créé une unité transitionnelle de 14 lits, entre hôpital psychiatrique et accueil dans une unité ordinaire. Cette unité est chargée d'accueillir des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Le directeur indique qu'il « s'est interrogé sur les modalités d'accueil de ces personnes. L'idée de créer cette unité spécifique a alors émergé. Mais on ne savait pas comment accompagner, car si on concentre les populations, on concentre aussi les problèmes. » C'est ainsi qu'est né le partenariat avec l'AHBFC. En effet, les résidents accueillis à Maison Blanche sont tous issus du site de Bavilliers de l'AHBFC. Ils y sont orientés une fois leurs troubles stabilisés. L'objectif est de les faire passer du statut de patient au statut de résident. Ils quittent donc un établissement dans lequel ils bénéficiaient d'un cadre de soins pour intégrer un lieu de vie. L'objectif est de permettre au patient de s'adapter à la vie en EHPAD en façonnant son projet, tout en s'appuyant sur les professionnels de psychiatrie présents sur place. Cette unité est qualifiée de SAS par les médecins. En termes d'effectifs, l'unité dispose d'un poste en plus des unités d'EHPAD classique. Par ailleurs, dans le cadre d'une convention qui lie les deux établissements, l'AHBFC met à disposition de Maison Blanche 1.94 ETP d'infirmier en psychiatrie, ainsi qu'une vacation de psychiatre de 0.1 ETP, soit une demi-journée par semaine. Pour les

¹⁰⁰ Cf entretien n°9

¹⁰¹ CLAVEREAU L., 2010, Quel destin pour les vieux fous ? L'information psychiatrique, Psychiatrie du sujet âgé : enjeux cliniques et institutionnels, vol 86, n°1, 39-47

résidents, la continuité est assurée avec la structure précédente, dans la mesure où ils retrouvent à Beaucourt le psychiatre qui les a suivis à Bavilliers. On note par ailleurs que tous les professionnels de l'équipe ont bénéficié d'une formation de 15 jours au CHS afin d'appréhender les troubles psychiatriques.

Le directeur indique qu'auparavant, les résidents souffrant de troubles psychiatriques étaient accueillis dans des unités d'EHPAD ordinaires, mais ils étaient régulièrement envoyés en séjour de rupture en psychiatrie. Les conditions de travail n'étaient pas bonnes en raison d'une cohabitation difficile entre les résidents, et en l'absence d'expertise des professionnels. ». ¹⁰²

Bien qu'intéressant, ce dispositif expérimental est toutefois menacé pour deux raisons. D'une part, l'ARS, qui a soutenu le projet pendant plusieurs années, en finançant la mise à disposition des professionnels de psychiatrie à hauteur de 100 000 € par an, se pose aujourd'hui la question de la reconduction des crédits. Or, ce financement doit être assuré, et le directeur n'envisage pas de puiser dans les crédits de l'EHPAD pour ce faire. D'autre part, le projet qui voulait qu'à l'issue d'un séjour de quelques mois dans l'unité, le patient intègre l'EHPAD, ne fonctionne pas. « Aujourd'hui, il y a l'amont (AHBFC), mais pas de solution d'aval. L'expérience du transfert en EHPAD classique a été faite, mais elle n'est pas concluante. Pour ce type de résidents, on n'est pas sûr d'une réponse d'EHPAD standard. Ces résidents sont très fragiles. Ils retournent dans l'unité SAS très vite : ils ont de gros besoins infirmiers, et la réponse à apporter est inexistante en EHPAD ¹⁰³ ». Ainsi le directeur indique que l'expérimentation est « au milieu du gué ». Si les besoins sont connus, il manque une définition claire du statut de l'unité qui pose in fine, la problématique des moyens financiers complémentaires nécessaires.

Pourtant, l'expérimentation permet à « l'AHBFC d'accompagner la désinstitutionnalisation de personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques, et d'éviter les ré-hospitalisations récurrentes », répondant en cela à une problématique organisationnelle certaine et aux recommandations nationales. En outre, la question de l'inclusion des résidents est un des objectifs majeurs de ce dispositif, tout comme la réduction des situations de crise et la diminution des hospitalisations inadaptées ou des hospitalisations longues, facilitant et fluidifiant ainsi le parcours de la personne âgée.

La question qui s'est posée lors de mon stage a été celle de la reproduction d'un tel dispositif au CHSLD. Plusieurs arguments viennent encourager cette proposition : La proximité géographique est un atout important, et plaide pour ce travail en commun. Il est très facile et très rapide pour un psychiatre de se rendre au CHSLD, ce qui n'est pas le cas avec d'autres structures, et notamment Beaucourt. Deux médecins du CHSLD disposent

¹⁰² Cf entretien n°6

¹⁰³ Ibid

d'un DU de géronto-psychiatrie, ce qui est considérable dans la mesure où il y a d'ores et déjà une présence médicale formée sur site. Enfin, l'AHBFC a envie de travailler avec le CHSLD, et de mettre en place une coopération solide et pérenne. « Il faut montrer que cette pathologie n'a pas à être stigmatisée. Si l'unité joue bien son rôle de SAS et permet l'adaptation et la stabilisation, alors pourquoi ne pas permettre l'inclusion de ces personnes en milieu ordinaire¹⁰⁴ » ?

Bien qu'ayant été proposée à plusieurs reprises, cette configuration n'a cependant pas été retenue au CHSLD, à la grande déception de l'AHBFC. J'ai pu identifier les freins suivants :

- une volonté de ne pas mélanger les populations et de laisser les psychiatriques « entre eux », en écho avec les questions liées à la stigmatisation évoquées ci-dessus. A cet égard, le directeur de Maison Blanche me confie : « avant la mise en place de l'unité SAS, il y a eu un gros travail de dédramatisation qui a été fait ». ¹⁰⁵
- un manque de confiance dans le partenaire, conséquence des difficultés et des dysfonctionnements actuels. A ce propos, le Pr V. indiquait lors de notre entretien : « La confiance jouera un rôle essentiel dans la réussite de ce projet. ¹⁰⁶ »
- un constat d'échec à Maison Blanche, malgré des coûts importants dans la mesure où, faute de solutions d'aval suffisantes, l'unité SAS se transforme progressivement en unité de géronto-psychiatrie classique.

3.3.3 Les limites de l'inclusion

« Il y aura toujours des personnes pour qui ça ne marche pas, des personnes qui ont tellement besoin de soins, que l'inclusion n'est pas possible, ou des personnes dites « incurables ¹⁰⁷ ». Si le projet d'unité de dé-chronicisation, dite unité SAS, n'est pas couronné de succès aujourd'hui, il est probable, selon les médecins interrogés, que ce soit parce que les résidents concernés sont trop symptomatiques au niveau psychiatrique. La sémiologie psychiatrique n'aurait donc pas été améliorée au sein de l'unité. Nous pouvons en déduire que ce processus d'inclusion ne serait applicable que pour certains profils de personnes âgées psychiatriques.

J'illustrerai ce cas de figure par un cas clinique intéressant, qui m'a été rapporté par le Dr H., gériatre au CHSLD. Il s'agit de M. X., résident d'une unité d'EHPAD qui accueille majoritairement des résidents souffrant de troubles cognitifs. Ce monsieur avait été accueilli

¹⁰⁴ Cf entretien n°3

¹⁰⁵ Cf entretien n°6

¹⁰⁶ Cf entretien n°3

¹⁰⁷ Cf entretien n°9

dans cette unité car il souffrait de démence vésanique, c'est-à-dire que c'est une personne ayant une histoire psychiatrique qui a fini par avoir des troubles cognitifs. « Il était un bipolaire sérieux mais équilibré. Ce monsieur a étranglé une pensionnaire, une dame démente de 61 ans. Les deux personnes étaient attirés l'une vers l'autre. Ils avaient des relations amoureuses. Il l'a étranglée. A la suite de cet accident, il a été hospitalisé en psychiatrie et s'y trouve toujours actuellement. Rien ne laissait prévoir cet accident. En psychiatrie, le risque 0 n'existe pas. On ne peut pas prévoir ce qui peut arriver. N'importe qui peut avoir une bouffée délirante aiguë et passer à l'acte.¹⁰⁸ »

En revanche le cas de Mme Q. est un exemple d'intégration réussie dans cette même unité d'EHPAD. La MAIA a longtemps cherché une solution pour cette dame, illustrant le profil particulier des démences alcooliques. Cette dame a trouvé sa place parmi les autres résidents, et le partenariat CHSLD / AHBFC lui permet de poursuivre son parcours à l'EHPAD. Cependant, le Dr H. nuance : « Les professionnels me disent « on ne la quitte jamais du regard ; elle est capable de vous poignarder dans le dos ». Le personnel se sent menacé et pas en sécurité. ¹⁰⁹». Ce médecin préconise donc l'inclusion de ces personnes âgées en unité d'EHPAD ordinaire dans la limite de 1 pour 15. « Au-delà, ce n'est pas possible. ¹¹⁰»

Ces exemples illustrent une autre limite à l'inclusion des résidents souffrant de troubles psychiatriques en unité d'EHPAD classique : la majorité des résidents souffrent de démence, 70% pour ce qui concerne le CHSLD, et la cohabitation de ces deux populations reste difficile et génère des troubles du comportement de part et d'autre.

Par ailleurs, la peur du fou reste ancrée dans les esprits. « La psychiatrie est un domaine très méconnu et très stigmatisé. Ce sont des gens qui foutent un peu la trouille ¹¹¹» avoue Jérôme Pellerin, chef du service de géro-psycho-geriatrie à l'hôpital Charles Foix. Or, il s'avère que lutter contre la stigmatisation des troubles mentaux n'est pas moins compliqué à l'intérieur de l'institution que dans la société entière, d'autant plus que les considérations économiques et la question de l'attractivité de la structure ont un poids important.

Dans la grande majorité des cas, la prise en charge optimale de ces personnes âgées est nécessaire : le malade psychiatrique reste un malade fragile. « Evidemment, on ne peut pas demander à l'EHPAD de faire de l'hôpital, ni à l'hôpital de faire de l'EHPAD.¹¹² » réplique le Dr T, comme une limite incontournable à la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques en EHPAD.

¹⁰⁸ Cf entretien n°5

¹⁰⁹ Cf entretien n°5

¹¹⁰ Ibid

¹¹¹ Quand les fous vieillissent, emiliennemalfatto.blog.lemonde.fr

¹¹² Cf entretien n°11

Conclusion

Les personnes âgées psychiquement dépendantes nécessitent une prise en charge globale relevant à la fois des secteurs sanitaire et médico-social. Leur accueil en EHPAD ne peut constituer une alternative solide à l'hospitalisation psychiatrique que s'il existe un soutien constant des professionnels de la psychiatrie.

En effet, dans la grande majorité des cas, une prise en charge optimale est nécessaire pour ces personnes : le résident psychiatrique reste un résident fragile. Aussi, ils doivent être accueillis dans des structures adaptées, permettant de prodiguer les soins et l'attention nécessaire à leur état. S'agit-il d'unités spécialisées d'EHPAD, d'unités de gériopsychiatrie, d'unité transitionnelle de la psychiatrie à l'EHPAD ? Plusieurs pistes sont proposées. Cependant, compte-tenu des éléments liés au dimensionnement des effectifs dans de telles unités, la problématique du financement demeure un point de blocage important, quel que soit le type de structure choisie.

Pourtant, il est nécessaire de développer des EHPAD permettant d'accueillir ces malades en perte d'autonomie physique et cognitive. Trouver une place appropriée pour ces personnes, est un des enjeux de demain. Parce que rares sont les structures qui les acceptent aujourd'hui, ces personnes âgées au profil particulier sont transférées de structure en structure. Ainsi, une directrice d'EHPAD disait lors d'une intervention à l'EHESP « ils n'ont rien à faire en EHPAD ; il faut renvoyer ces cas à la MAIA pour qu'elle leur trouve une solution ; c'est son rôle ». Mais quelle solution ?

Il y a donc actuellement une controverse importante, entre les professionnels qui sont favorables à l'accueil en EHPAD, et ceux qui y sont opposés.

En effet, la maladie psychiatrique est mal connue, et effraie. Le malade psychiatrique est stigmatisé. La peur du fou, le « délit de sale gueule » font porter à ces personnes un poids qui s'ajoute au poids de leur maladie, de leur âge et de leur niveau de dépendance.

Or, lutter, au sein de l'institution, contre la stigmatisation dont sont victimes ces personnes, permet de lutter contre les troubles mentaux eux-mêmes.

Penser et construire le bon mode d'accompagnement est un défi majeur dans ce contexte ! Les innovations technologiques modifient les pratiques. Avec l'émergence de la télémédecine, les possibilités offertes par les technologies de réalité augmentée, les consultations psychiatriques peuvent dorénavant se faire par webcam interposée. Les soins utilisant le numérique font désormais partie intégrante des prises en charge classiques. Dès lors, les partenariats entre psychiatrie et EHPAD peuvent s'entrevoir sous un jour nouveau, avec des perspectives nouvelles et des contraintes allégées. Ainsi, il faut aspirer à ce que l'éthique et la réflexion sur les bons modes d'accompagnement puissent se décliner au sein de parcours de vie, en alliance étroite avec les personnes elles-mêmes et leur famille.

Avant de me plonger dans ce mémoire et dans ce thème sujet à controverse, j'ignorais tout de la psychiatrie. C'est un secteur qui suscitait chez moi craintes et inquiétude, que j'assimilais à une nébuleuse, un secteur spécifique, avec ses propres règles et ses contraintes particulières. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai choisi ce sujet de mémoire, comme une catharsis nécessaire à l'aune d'un avenir professionnel duquel ce secteur ne peut pas être exclu.

En tant que directeur, il nous appartient en effet d'adapter nos établissements à cette nouvelle demande. Pour cela un accompagnement est nécessaire de la part des ARS : accompagnement financier d'une part, car ces populations sont consommatrices de moyens humains, et accompagnement en cas de difficulté dans l'établissement d'autre part. Nous devons en effet être en capacité de proposer une réponse adaptée à ces personnes. Nous avons fait le choix d'une carrière et d'une mission au service des populations vulnérables, exclues, sensibles. Si l'accueil de ces personnes pose des difficultés, faut-il les rejeter, leur opposer un refus d'accompagnement, au risque d'aggraver encore leur état mental ? Excluant ces populations d'EHPAD, n'agissons-nous pas à l'encontre de ce qui constitue l'essence même de notre métier de DESSMS ?

Sources et bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Lois

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, Journal officiel n°022 du 27 janvier 2016

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Journal officiel n°0155 du 6 juillet 2011

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel n°167 du 22 juillet 2009

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel n°2 du 3 janvier 2002

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel n°4118 du 5 mars 2002

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, Journal Officiel du 1 janvier 1986

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, LOI 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées, Journal Officiel du 1 juillet 1975

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE LOI 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal Officiel du 1 juillet 1975

- Ordonnances

Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 CREATION DE CENTRES HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES, REFORME DE L'ENSEIGNEMENT MEDICAL ET DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE MEDICALE, Journal Officiel du 31 décembre 1958

- Décrets

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, J.O n° 183 du 8 août 2004 page 37087 : texte n° 37086

- Arrêtés

Arrêté du 30 décembre 1968 : CERTIFICATS D'ETUDES SPECIALES DE PSYCHIATRIE,
Journal Officiel du 7 janvier 1969

- Circulaires

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, circulaire du 15 mars 1960
relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de
lutte contre les maladies mentales

OUVRAGES

ALLUIN P., MAUDUIT JP., 2004, L'architecture au service des personnes sous handicap
in Architecture et Psychiatrie, 198 p

CHARAZAC P., 2015, Psychogériatrie, Aide-mémoire en 24 notions, 592 p

CLOT Y., 2010, Le travail à cœur, La Découverte, 192 p.

DEJOURS C., 2006, Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale, Seuil,
L'histoire Immédiate, 208 p

JAEGER M., 2012, L'articulation du sanitaire et du social, 3^{ème} édition, 201p.

MONFORT JC., La psychogériatrie, Que sais-je n°3333, 128 p

MONFORT JC., Vieillir, risques et chances – Petit traité de psycho-gérontologie, 650 p

ARTICLES DE PERIODIQUES

ALTET M., 2000, L'analyse de pratiques une démarche de formation professionnalisante :
Formes et dispositifs de la professionnalisation, Recherche et formation n°35, p 25 à 41

BARRES M., 2009, Les groupes d'entraide mutuelle – Présentation du dispositif, Revue
française des affaires sociales 2009/1 (n° 1-2) p 205-208

BRETON N. AUBRETON C. DALMAY F. BOUYASSE A-M. BLANCHARD M. NUBUKPO P.
Stigmatisation de la schizophrénie : enquête auprès de 40 patients schizophrènes stabilisés
– CAIRN www.cairn.info/article

CLAVEREAU L., 2010, Quel destin pour les vieux fous ? L'information psychiatrique,
Psychiatrie du sujet âgé : enjeux cliniques et institutionnels, vol 86, n°1, 39-47

CLOT Y., ZARIFIAN P., 2009, Evaluation des performances, point aveugle, Le Monde

DANOINE L., MEDA D., 2008, Place et sens du travail en Europe, une singularité française
?, Document de travail pour le Centre d'Etude de l'Emploi, n°96-1, p 35-44

FOREST D., 2008, La frontière entre psychiatrie et neurosciences. Mécanismes et
croyances délirantes, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem 2008/1 (N° 2), p. 147-
173.

FREMONT P., 2002, Les dépressions du sujet âgé, Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie
(NPG), p 4-16.

FREMONT P., BELMIN J., Dépression du sujet âgé, 360° Psychiatrie

GUISLAIN M., 2016, Architecture et technique – Etablissements de santé : vol au-dessus de l'espace psychiatrique, Le Moniteur, p 72-77

JOVELET G., 2010, Psychose et vieillissement, in L'information psychiatrique 80-1, p39-47

JOVELET G., 2010, Du neuf dans les pratiques auprès des patients âgés ? – L'information psychiatrique 86, 3-8

KOVES-MASFETY V., SAUNDER L., 2016, Le burnout : historique, mesures et controverses. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 1060.

LITIM M., KOSTULSKI K., 2006, Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie, Nouvelle revue de psychosociologie 1/2006, p 45-54

MALFATTO E., 2013, Les maisons de retraite face à l'arrivée de pensionnaires venus de psychiatrie, Le Monde du 28 août 2013

MONTFORT JC., 1995, The difficult elderly patient : curable hostile depression or personality disorder ? Psychogeriatrics 7 (95-111)

NAJMAN T., Chef de pôle en psychiatrie, Etat d'alerte in LIEN SOCIAL n° 1150

PICARD JF., 2014, Neurologie, Psychiatrie et Neurosciences, Histoire de la recherche médicale en santé publique dans la France du XXème siècle

PLOTON L., 2013, HOSPIMEDIA, Dossier psychiatrie, L'offre de soins géronto-psychiatrique, à fort potentiel, apparait largement perfectible.

POCH B., 2009, Plaidoyer pour une filière de soin en psychogériatrie – NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie – 9, 179 – 182

THIEBAUX JF., KARDACHE F., Le dispositif ESSPER de géronto-psychiatrie et son unité de rattachement Germaine-Le-Guillant. L'Information psychiatrique 2014 ; Vol 90 n°7

QUARTIER T., Les troubles psychiatriques accueillis à l'EHPAD, LIEN SOCIAL n° 1150

TRUSCELLI D., 2007, Culture hospitalière et rencontre avec la culture du secteur médico-social. Réflexion à partir d'un parcours personnel, Contraste 2007/2 n°27, p115-140

VALLEE L., DELION P., La culture professionnelle de l'action médico-sociale précoce. Un essai de cohabitation entre culture sanitaire et culture médico-sociale associative. Contraste 2007/2 n°27, p149-160

ZIELINSKY A., 2010, L'éthique du care, une façon de prendre soin, Etudes n°4136

RAPPORTS

ANAP, août 2015, Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, première approche

ANESM, mai 2014, Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement

CAILLET R, MARTEL F, HALIMI Y., 2015, Présentation des travaux de la commission psychiatrie et santé mentale, FHF

CNAM, rapport charges et produits pour l'année 2015

COMMISSION PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE – Les propositions de la FHF – Travaux 2015

CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE – Rapport d'activité 2012

COPE JF., MEHAIGNERIE P., 2009, Rapport de la commission de réflexion sur la souffrance au travail

COUR DES COMPTES, dec 2011, Rapport public thématique, L'organisation des soins psychiatriques – L'effet du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010

DREES ETUDES ET RESULTATS, décembre 2014, 693 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011, n° 899

DREES ETUDES ET RESULTATS, octobre 2008, Episodes dépressifs, des situations multiples, n° 661

GAUDILLAT A., Mémoire, Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, EHESP, 2009, Le handicap psychique : renforcer l'articulation des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales en Côte d'Or

GILLES L., LOONES A., Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie, novembre 2011

HAS, mars 2015, Note méthodologique et synthèse documentaire, Prendre en charge une personne poly-pathologique en soins primaires

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, avril 2016

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE, Groupe 2, 2010, Quelles articulations entre les prises en charge psychiatriques et médico-sociales pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE Groupe 22, 2006, Aspects de l'articulation entre sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale (psychiatrie de l'adulte)

NEJJARI C., DARTIGUES JF., Vieillesse - santé - société. , INSERM, 1996, pages 79-99

ROBILIARD D., décembre 2013, COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, Rapport d'Information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

PLANS

PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE 2005-2008

PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE 2011-2015

PROGRAMME INTERDEPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE FRANCHE-COMTE 2015-2019

PROGRAMME REGIONAL DE SANTE FRANCHE-COMTE 2012-2016

PROTOCOLE TECHNIQUE D'ACCORD – Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux – OMS / AMP – WHO/MSD/MBD/02.3

SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES DE SEINE-SAINT-DENIS – 2013-2017

THESES ET MEMOIRES

GINGINS S, TAVARES DA MOURA E., 2013, Influence et impacts de la stigmatisation et la discrimination des infirmières envers les patients portant un stigmate, Haute Ecole de Santé de Fribourg, filière soins infirmiers

GUILLEMETTE Françoise, 2007, Les psychotiques vieillissants en EHPAD : où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD, Université Paris V

CONFERENCES

CONFERENCE MINISTERIELLE EUROPEENNE DE L'OMS SUR LA SANTE MENTALE – Relever les défis, trouver des solutions – Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe – Helsinki – 12-15 janvier 2005

Dr DAHMANI, 2012, Géroto-psychiatrie ou psychogériatrie, deuxième journée ville hôpital, Thiers

LEVASSEUR M., RAYMOND E., 2013, La participation sociale des aînés, vers le développement d'interventions favorisant le vieillissement en santé, INPES

TALON JM., Ne pas banaliser la dépression du sujet âgé, CONFERENCE Pathologies mentales : mieux comprendre pour mieux repérer et mieux agir, 15 mars 2016, Belfort

SITES INTERNET

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_941431/video-ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-tres-age-dr-patrick-fremont-depression

http://eclat-graa.org/wp-content/uploads/2013/10/Bilan_neuropsychologique_Lefebvre.pdf

<http://www.histrecmed.fr>

<http://abonnes.hospimedia.fr/dossiers/20140204-psychiatrie-l-offre-de-soins-geronto-psychiatrique>

<http://abonnes.hospimedia.fr/reportages/20131011-reportage-a-l-EHPAD-de-Grugny>

<http://abonnes.hospimedia.fr/reportages/20140702-psychiatrie-la-clinique-gerontopsychiatrique-de-Garches>

<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160524-qualite-l-architecture-hospitaliere>

<http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/campus-numeriques/e-senior/cours/CoursMFP/Depression>

http://www.who.int/mental_health/media/en/consensus_elderly_fr

http://www.revuedegeriatrie.fr/documents/hommage_Pr_leger

<http://infirmier.com/votre-carriere>

http://www.ifsifecamp.fr/IFSIFAS_WEB

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2013/doc-6-levasseur.pdf>

<http://lavieeco.com/news/la-vie-eco-carrieres/mobilite>

<http://emiliennemalfatto.blog.lemonde.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : grilles d'entretien

Annexe 2 : liste des entretiens

Annexe 3 : grille d'analyse thématique des entretiens

ANNEXE 1 – GRILLES D'ENTRETIENS

1 – Entretien psychiatres

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

Que faut-il faire pour garantir au patient une prise en charge et un suivi de qualité, et aux professionnels des conditions de travail satisfaisantes ?

Comment faire pour qu'un professionnel ne se sente pas démuni devant un résident psychiatrique ?

Comment améliorer la situation actuelle au CHSLD ?

Que pensez-vous du partenariat actuel HNBFC / CHSLD ?

Quel est le bon mode de prise en charge d'un sujet âgé souffrant d'une pathologie psychiatrique ?

Confirmez-vous l'incompatibilité entre des résidents souffrant de démence et des résidents souffrant de pathologies psychiatriques ?

Est-ce qu'une unité comme Maison Blanche est reproductible ?

Est-ce la solution, ou faut-il envisager des modes de coopération différents ?

Avez-vous connaissance d'une proportion importante de résidents souffrant de troubles psychiatriques dans cet établissement ?

En termes de bâti, y a-t-il des exigences, des recommandations particulières à apporter pour permettre à ces personnes d'évoluer sereinement ?

Comment dimensionneriez-vous un service de 30 résidents psychiatriques ? Quels métiers ? Quelle proportion de soignants ? Quel type d'accompagnement ?

2 – Entretien avec un directeur du CHS de psychiatrie

Pouvez-vous me donner les ratios d'effectifs du pavillon Henri Ey ?

Comment sont décidées les admissions à Maison Blanche ?

Deux ans après la mise en place du dispositif expérimental, quel bilan tirez-vous du partenariat avec Maison Blanche ?

Comment qualifiez-vous aujourd'hui vos relations avec le CHSLD ?

Avez-vous connaissance de la situation à Marcel Braun ?

Que pensez-vous de la convention qui lie actuellement les deux établissements ?

Que pensez-vous d'un nouveau partenariat, sur le modèle de Maison Blanche ?

Que pensez-vous de constituer au sein des nouveaux locaux, un bâtiment dédié à la personne âgée ayant des troubles psychiatriques ?

3 – Entretien gériatres CHSLD

Quel est le bon mode de prise en charge d'un sujet âgé souffrant d'une pathologie psychiatrique ?

Confirmez-vous l'incompatibilité entre des résidents souffrant de démence et des résidents souffrant de pathologies psychiatriques ? Pouvez-vous me l'expliquer ?
Cas de Mme Quartieu – noyau psychiatrique + démence alcoolique – Korsakov
Cas d'échec d'intégration : un résident a étranglé une pensionnaire de La Charmeuse en 2011.

Comment se passe votre travail avec Mme Vuillemin ?

Quels sont les critères qui conditionnent une sortie de l'unité Henri Ey ? Une entrée au CHSLD ?

La situation actuelle à Marcel Braun est-elle connue des professionnels de l'AHBFC?

Que pensez-vous des dysfonctionnements connus entre AHBFC et CHSLD ? Quel est votre avis ? Quelles en sont les raisons ?

Est-ce qu'il est souhaitable de reproduire une unité comme Maison Blanche ?

Est-ce la solution, ou faut-il envisager d'autres modes de coopération ?

Dans la perspective de l'ouverture une unité de psycho-gériatrie (est-ce la bonne dénomination), comment règle t'on le problème médical au CHSLD ?

4- Entretiens relatifs aux recrutements en psychiatrie

Comment se passent les recrutements dans votre établissement ?

Utilisez-vous des outils d'évaluation des compétences ?

Que pensez-vous de constituer au sein des nouveaux locaux, un bâtiment dédié à la personne âgée ayant des troubles psychiatriques ?

6- Entretien résident

Depuis quand êtes-vous à Marcel Braun ? D'où venez-vous ?

Avez-vous connu d'autres structures d'accueil ou établissements avant Marcel Braun ?

Vous considérez-vous comme malade ?

Avez-vous le sentiment que cette maladie vous empêche d'avoir des liens amicaux et une activité sociale ?

Avez-vous le sentiment que certaines personnes vous manquent de respect ?

Avez-vous le sentiment que certaines personnes vous rejettent ?

Au contraire, avez-vous le sentiment d'être aidée par certaines personnes ?

Pensez-vous que certaines personnes vous considèrent comme différent des autres ?

Qu'est-ce qui vous plaît ou vous déplaît ici ?

Quelles seraient vos souhaits pour les futurs locaux ? Que voudriez-vous pouvoir y trouver ?

Etes-vous suivi par des médecins ? Lesquels ?

Est-ce que vous voudriez habiter dans un autre bâtiment du CHSLD ?

7- entretien CLIC - MAIA

Qu'est-ce qu'une pathologie frontière ? Comment est-elle déterminée ?

Comment agissez-vous ? En quoi consiste votre intervention ?

Quelles sont vos préconisations en termes d'orientation des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques ?

Quelles sont les difficultés rencontrées par ces personnes ?

Existe-t-il des structures spécialisées ? Quels avantages ? Quels inconvénients ?

Quels sont les besoins de ces personnes ?

Que pensez-vous de l'accueil de ces personnes en EHPAD ?

Connaissez-vous le CHSLD ? Marcel Braun ? Si oui, qu'en pensez-vous ? Quels sont les retours que vous en avez ?

8- Entretien d'équipe

Comment vivez-vous la prise en charge de ces résidents aux troubles psychiatriques au sein de l'EHPAD ?

Comment ça se passe avec les autres résidents ?

Comment se passe leur vie dans l'EHPAD ?

Que pensez-vous du mélange entre résidents psychiatriques et non psychiatriques ?

Comment percevez-vous la frontière entre démence et psychiatrie ?

Ces personnes ont-elles des besoins particuliers en termes architectural ?

9- Entretien Gériatre extérieur à l'établissement

Comment vivez-vous la prise en charge de ces résidents aux troubles psychiatriques au sein de l'EHPAD ?

Comment ça se passe avec les autres résidents ?

Comment se passe leur vie dans l'EHPAD ?

Que pensez-vous du mélange entre résidents psychiatriques et non psychiatriques ?

Comment percevez-vous la frontière entre démence et psychiatrie ?

Ces personnes ont-elles des besoins particuliers en termes architectural ?

10- Entretien directeur Maison Blanche

Pouvez-vous me raconter l'histoire de cette unité ?

Comment fonctionne –t-elle en termes d'effectifs et d'organisation ?

Est-ce que les objectifs initiaux ont été atteints ?

Comment fonctionne votre partenariat avec l'AHBFC ?

Avec le recul, quelle est votre expérience en termes d'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques ?

ANNEXE 2 : LISTE DES ENTRETIENS

Entretien n°	Fonction de la personne interrogée	Profil de la personne interrogée
Entretien n°1	Dr M. – Médecin gériatre au CHSLD	Titulaire d'un DU de psychiatrie du sujet âgé
Entretien n°2	Dr J – Médecin interniste au CHSLD	
Entretien n°3	Pr V – Médecin psychiatre à l'AHBFC	Coordonnateur de la fédération de psychiatrie du sujet âgé – Professeur des universités
Entretien n°4	M. R – Directeur Adjoint	Directeur du site de Bavilliers de l'AHBFC
Entretien n°5	Dr H – Médecin gériatre au CHSLD	Président de CME – Titulaire d'un DU de psychiatrie du sujet âgé
Entretien n°6	M. S – Directeur d'EHPAD	Etablissement disposant d'une unité transitionnelle de gérontopsychiatrie
Entretien n°7	M. C – Directeur des soins	CHS de psychiatrie
Entretien n°8	M. A – Directeur des ressources humaines	CHS de psychiatrie
Entretien n°9	Dr I – Médecin gériatre	Centre de Soins et de Réadaptation du sujet âgé
Entretien n°10	Mme P. – Coordinatrice du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)	Co-pilote MAIA
Entretien n°11	Dr T. – Médecin psychiatre	AHBFC
Entretien n°12	Mme G – résidente du CHSLD	Bâtiment Marcel Braun
Entretien n°13	Mme K – Infirmière référente, Mme L – aide-soignante référente, Mme L - animatrice	EHPAD de DELLE
Entretien n°14	Mme L. – cadre supérieur de santé	Bâtiment Marcel Braun

ANNEXE 3 – GRILLE D'ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS

	ENTRETIENS														observations	biblio	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
Psychogériatrie/géronto-psychiatrie																	
Stigmatisation des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques																	
Les partenariats																	
Les aspects financiers relatifs à cette prise en charge																	
Dimensionnement des équipes d'unités de géronto-psychiatrie																	
Les contraintes architecturales																	
Plus-value d'une unité de géronto-psychiatrie																	
L'unité transitionnelle de Maison Blanche																	
Frontière entre démence et psychiatrie																	
Relations entre démence et psychiatrie																	
Les conditions de travail dans le cadre de la prise en charge de ces personnes																	
La qualité de l'accompagnement																	
Dysfonctionnements dans l'unité Marcel Braun																	

TECHER

Marlène

9 décembre 2016

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2015 - 2016

**La prise en charge de résidents atteints de troubles
psychiatriques en EHPAD – Le cas du CHSLD du
Territoire de Belfort**

Résumé :

La psychiatrie du sujet âgé est une priorité des pouvoirs publics et de la psychiatrie. L'accueil de ces personnes âgées au profil particulier pose des difficultés en EHPAD en raison de contraintes financières, liées aux ressources humaines, et compte-tenu d'une cohabitation difficile entre résidents.

Le CHSLD accueille, principalement dans la résidence Marcel Braun, une proportion importante de personnes âgées psychiatriques. Si l'établissement dispose de certains atouts, il éprouve également des difficultés de prise en charge importantes, notamment en raison de locaux et de professionnels inadaptés.

Je propose la création d'un bâtiment de géronto-psychiatrie, spécialisé et professionnalisé. Si les contraintes bâtimentaires figent les organisations, des modifications architecturales peuvent encore améliorer les conditions de travail et d'accompagnement. Cependant, en raison d'une stigmatisation forte des troubles psychiatriques, le risque de ghettoïsation est important. L'hypothèse d'une unité transitionnelle est évoquée, contrariée par les limites à l'inclusion de ces personnes en unité ordinaire.

Mots clés :

Psychiatrie du sujet âgé – géronto-psychiatrie – psychogériatrie - EHPAD – architecture et psychiatrie – risques psycho-sociaux – partenariats – troubles psycho-comportementaux – inclusion – stigmatisation - reconstruction

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.