

**CRÉER EN EHPAD UN DISPOSITIF  
D'ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ  
AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES RÉSIDENTS  
AYANT UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE**

**L'INSTALLATION D'UNE UNITÉ DÉDIÉE  
AU SEIN DE L'EHPAD « CLÉMENCE CHARLES »**

*François DAURE*

2017



---

# Remerciements

---

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à Mme Danièle LÉVY-BELLAHSEN, ancienne Directrice Générale de l'Œuvre Falret pour son accompagnement et son aide précieuse et ses encouragements, durant la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite également exprimer ma profonde gratitude aux directrices, directeurs et responsables qui ont accepté, au cours de ces derniers mois, de me recevoir dans leur établissement, en MAS, en FAM, en Foyer de vie, en ESAT et en EHPAD, pour partager leur expérience et enrichir la réflexion sur le projet que je porte.

J'entends remercier mes collaborateurs pour la qualité de leur engagement auprès des résidents et dans la dynamique de changement de l'établissement, ainsi que ma hiérarchie pour sa confiance et la latitude qui m'a été offerte.

J'adresse un amical salut à mes condisciples pour la richesse et le plaisir de nos échanges, aux responsables passé et actuel du CAFDES pour leur indéfectible soutien, aux intervenants et au personnel de l'IRTS Paris Île-de-France.

Enfin, je remercie ceux qui m'ont apporté une grande aide ou à qui j'ai pu manquer : mes enfants, ma compagne, ma famille, pour leur soutien décisif tout au long de la formation.

A ceux que j'ai la chance d'avoir autour de moi,

A ceux qui ne sont plus là.



---

# Sommaire

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introduction .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>1 L'accompagnement des personnes ayant une pathologie psychiatrique avançant en âge .....</b>                                  | <b>3</b>  |
| <b>1.1 De la psychiatrie asilaire à la psychiatrie médico-sociale.....</b>  | <b>3</b>  |
| 1.1.1 De l'institutionnalisation à la désinstitutionnalisation sanitaire.....   | 3         |
| 1.1.2 Histoire de l'institutionnalisation médico-sociale .....  | 6         |
| 1.1.3 De la psychiatrie institutionnelle à la psychiatrie territoriale .....  | 9         |
| <b>1.2 Le vieillissement des personnes ayant une pathologie psychiatrique.....</b>  | <b>12</b> |
| 1.2.1 Le vieillissement au XXIe siècle .....  | 12        |
| 1.2.2 De l'internement à l'accompagnement de la personne âgée dépendante .....  | 14        |
| 1.2.3 Les effets de l'âge sur les personnes ayant une pathologie psychiatrique .....  | 17        |
| <b>1.3 Comment répondre aux besoins des personnes ayant des pathologies psychiatriques avançant en âge .....</b>                  | <b>19</b> |
| 1.3.1 L'émergence d'un public à besoin spécifique .....   | 19        |
| 1.3.2 L'EHPAD comme filière d'aval de profils psychiatriques .....  | 25        |
| <b>2 Le diagnostic de l'EHPAD au regard de l'accompagnement des résidents ayant une pathologie psychiatrique.....</b>             | <b>27</b> |
| <b>2.1 Le public accueilli : de l'agrément institutionnel au diagnostic populationnel.....</b>                                    | <b>27</b> |
| 2.1.1 Objectiver la présence des résidents ayant une pathologie psychiatrique .....   | 27        |
| 2.1.2 Enrichir la connaissance par une approche non quantitative .....  | 30        |
| 2.1.3 Le constat d'une incapacité partielle de l'EHPAD actuel à accompagner les résidents ayant une pathologie psychiatrique..... | 34        |
| <b>2.2 Un contexte institutionnel porteur .....</b>   | <b>35</b> |
| 2.2.1 L'histoire et la gouvernance, un appui pour le projet.....  | 35        |
| 2.2.2 L'établissement .....   | 37        |
| <b>2.3 Les leviers et les faiblesses.....</b>   | <b>39</b> |
| 2.3.1 L'organisation et les moyens humains.....   | 39        |
| 2.3.2 La place de la qualité .....  | 40        |
| 2.3.3 Le diagnostic "bienveillance et promotion des droits de la personne" .....  | 42        |
| 2.3.4 Projet d'établissement et pratiques institutionnelles.....  | 46        |
| <b>2.4 Les opportunités et les points de vigilance .....</b>  | <b>48</b> |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 2.4.1      | Le CPOM et la reconstruction : une fenêtre stratégique à saisir .....   | 48        |
| 2.4.2      | L'inscription de l'établissement dans le territoire.....  | 49        |
| <b>3</b>   | <b>L'installation de l'Unité dédiée aux résidents ayant une pathologie<br/>psychiatrique dans l'EHPAD .....</b> | <b>51</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Réunir les conditions d'une dynamique de changement.....</b>   | <b>51</b> |
| 3.1.1      | Initier et manager le changement.....   | 51        |
| 3.1.2      | Savoir écouter la parole des résidents .....  | 53        |
| 3.1.3      | Communiquer et associer les autorités de contrôle et de tarification .....                                      | 55        |
| 3.1.4      | Communiquer et intégrer les partenaires pertinents du territoire .....  | 57        |
| <b>3.2</b> | <b>Réussir le lancement du projet .....</b>   | <b>58</b> |
| 3.2.1      | Organiser et mettre en place les différentes instances du projet .....  | 58        |
| 3.2.2      | Présenter le projet.....  | 60        |
| <b>3.3</b> | <b>Définir le projet de l'Unité dédiée.....</b>   | <b>62</b> |
| 3.3.1      | Le public et les besoins spécifiques .....  | 62        |
| 3.3.2      | Le projet d'unité .....   | 64        |
| 3.3.3      | L'évolution des ressources humaines pour réussir le changement.....   | 69        |
| 3.3.4      | Les partenariats et le travail en réseau pour enrichir la prestation.....                                       | 73        |
| 3.3.5      | L'adaptation du lieu de vie .....   | 74        |
| <b>3.4</b> | <b>L'évaluation de l'Unité dédiée .....</b>   | <b>76</b> |
| 3.4.1      | L'évaluation à court et moyen terme : mesurer pour corriger et valider .....                                    | 76        |
| 3.4.2      | L'évaluation à moyen et long terme : valider pour diffuser un modèle .....                                      | 77        |
|            | <b>Conclusion .....</b>   | <b>79</b> |
|            | <b>Bibliographie.....</b>   | <b>81</b> |
|            | <b>Liste des annexes.....</b>   | <b>I</b>  |

---

## Liste des sigles utilisés

---

|              |  |
|--------------|--|
| <b>AAH</b>   | Allocation Adulte Handicapé  |
| <b>AD-PA</b> | Association des Directeurs au service des Personnes Agées  |
| <b>AG</b>    | Assemblée Générale   |
| <b>AGGIR</b> | Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources  |
| <b>AMP</b>   | Aide Médico Psychologique  |
| <b>ANAP</b>  | Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux                    |
| <b>ANESM</b> | Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux |
| <b>APA</b>   | Allocation Personnalisée d'Autonomie   |
| <b>AP-HP</b> | Assistance Publique des Hôpitaux de Paris  |
| <b>ARS</b>   | Agence Régionale de Santé  |
| <b>AS</b>    | Aide-Soignant(e)   |
| <b>ASH</b>   | Aide Sociale à l'Hébergement / Agent des Services Hospitaliers   |
| <b>ASPA</b>  | Allocation de Solidarité aux Personnes Agées   |
| <b>CA</b>    | Conseil d'Administration   |
| <b>CASF</b>  | Code de l'Action Sociale et des Familles   |
| <b>CCAS</b>  | Centre Communal d'Action Sociale   |
| <b>CD</b>    | Conseil Départemental  |
| <b>CDAPH</b> | Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  |
| <b>CLIC</b>  | Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique   |
| <b>CNSA</b>  | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  |
| <b>CODIR</b> | COmité de DIRrection   |

|              |   |
|--------------|---|
| <b>COMEX</b> | COMité EXécutif   |
| <b>CPOM</b>  | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  |
| <b>CREAI</b> | Centre inter-Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité |
| <b>CVS</b>   | Conseil de la Vie Sociale   |
| <b>DREES</b> | Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  |
| <b>DUERP</b> | Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels   |
| <b>EHPAD</b> | Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  |
| <b>ERP</b>   | Établissement Recevant du Public  |
| <b>ESAT</b>  | Établissement et Service d'Aide par le Travail  |
| <b>ESMS</b>  | Établissements et Services Médico-Sociaux   |
| <b>ETP</b>   | Équivalent Temps Plein  |
| <b>FAM</b>   | Foyer d'Accueil Médicalisé  |
| <b>FEHAP</b> | Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés non lucratifs                           |
| <b>GEVA</b>  | Guide d'ÉVALuation des besoins de compensation des personnes handicapées  |
| <b>GIR</b>   | Groupe Iso-Ressource  |
| <b>GMP</b>   | GIR Moyen Pondéré   |
| <b>GPEC</b>  | Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences   |
| <b>HACCP</b> | Hazard Critical Control Point (analyse des dangers et des points critiques pour leur maîtrise)                    |
| <b>HAD</b>   | Hospitalisation A Domicile  |
| <b>HPST</b>  | Hôpital Patient Santé Territoire  |
| <b>IDE</b>   | Infirmier(e) Diplômé(e) d'État  |
| <b>IME</b>   | Institut Médico-Éducatif  |
| <b>IMPRO</b> | Internat Médico-Pédagogique   |

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>IMPRO</b>     | Institut Médico-PROfessionnel   |
| <b>INSEE</b>     | Institut National de la Statistique et des Études Économiques                                     |
| <b>IRP</b>       | Instances Représentatives du Personnel  |
| <b>IRTS</b>      | Institut régional supérieur du travail social   |
| <b>MAS</b>       | Maison d'Accueil Spécialisée  |
| <b>MDPH</b>      | Maison Départementale des Personnes Handicapées   |
| <b>OMS</b>       | Organisation Mondiale de la Santé   |
| <b>PCH</b>       | Prestation de Compensation du Handicap  |
| <b>PMP</b>       | Pathos Moyen Pondéré PNL : Privé Non-Lucratif   |
| <b>PRIAC</b>     | Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie            |
| <b>PRS</b>       | Projet Régional de Santé  |
| <b>PSD</b>       | Prestation Spécifique de Dépendance   |
| <b>SAMSAH</b>    | Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés                                    |
| <b>SAVS</b>      | Service d'Aide à la Vie Sociale   |
| <b>SROMS</b>     | Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale   |
| <b>UDAF</b>      | Union Départementale des Associations Familiales  |
| <b>UNAFAM</b>    | Union Nationale des Amis et FAMilles des personnes handicapées psychiques                         |
| <b>UN/RAPEI</b>  | Union nationale / régionale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales |
| <b>UN/RIOPSS</b> | Union Nationale / Régionale Interfédérale des œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux   |



## Introduction

Les pathologies psychiatriques ont, dans leurs formes sévères, des conséquences graves sur la vie des personnes dans toutes ses dimensions : la maladie produit un effet délétère sur les liens familiaux, affectifs et, plus largement, inter-individuels qui peuvent s'étioler jusqu'à disparaître. La maladie peut entraver, partiellement ou complètement, la vie professionnelle, et par là-même l'inclusion sociale, l'accès à un logement et à la sécurité financière. En affectant la santé somatique par différentes voies, elle diminue l'espérance de vie des personnes de manière très significative.

Toutefois, les données épidémiologiques dans les pays industrialisés précisent et relativisent cette dernière assertion : sans combler l'écart avec la population générale, les personnes présentant une pathologie psychiatrique connaissent néanmoins une longévité nouvelle, grâce à l'amélioration des traitements, des accompagnements et des conditions de vie courantes. Cette tendance est, en outre, nourrie par la démographie : la génération du *baby boom* atteint l'âge de la retraite et amplifie la proportion et le nombre de personnes ayant une maladie psychiatrique vieillissantes. Enfin, la loi du 11 février 2005<sup>1</sup>, en reconnaissant salutairement le handicap psychique, a produit un effet catalytique sur la volumétrie de ces profils accompagnés dans le champ médico-social, notamment.

Ces statistiques macroscopiques se vérifient concrètement sur *le terrain*, dans tous les établissements ou services de soin et d'accompagnement des champs sanitaire ou médico-social. Il en est de même pour les EHPAD, et singulièrement pour la Résidence "Clémence Charles" dont je suis le directeur. Situé au cœur de la préfecture de Seine-Saint-Denis, cet EHPAD de 85 places, intégralement habilité à l'aide sociale et opéré par un gestionnaire privé à but non lucratif, accueille en effet une cohorte de 21 résidents ayant une maladie psychiatrique diagnostiquée. Ce calcul *a minima* n'inclut ni les résidents non diagnostiqués, ni ceux connaissant des troubles psychiatriques *dus à l'âge*, présents dans tous les EHPAD : la réalité du besoin est donc encore plus grande.

Car le poids numérique de ces profils se conjugue avec leur atypie multi-dimensionnelle dans le cadre de l'EHPAD : la maladie, mais aussi l'âge (inférieur de quinze aux autres résidents à l'admission) et le rapport à autrui et au cadre collectif qui les éloignent des divers accompagnements conventionnels en EHPAD.

---

<sup>1</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Pourtant, les recommandations de bonnes pratiques, le corpus légal et réglementaire, des lois sectorielles<sup>2</sup> jusqu'au sommet de la hiérarchie des normes<sup>3</sup> en passant par les textes déclaratifs<sup>4</sup>, tous s'accordent en droit sur l'obligation de prise en soin adaptée aux besoins spécifiques, parfois même individualisés des personnes d'accompagnées.

Mais les personnes avec un profil psychiatrique accueillies en EHPAD pâtissent de leur position interstitielle au sein des politiques publiques : malades dans le sanitaire, personnes en situation de handicap accompagnées éventuellement en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou en Maison d'accueil spécialisée (MAS) ou personnes âgées accueillies en EHPAD, avec à *la clef* des risques avérés de rupture de prise en charge. A la triple convergence de 3 champs distincts, les personnes vieillissantes ayant un profil psychiatrique peuvent finalement se retrouver dans l'angle mort des politiques publiques.

Les conséquences ne sont pas que statistiques mais éminemment concrètes dans les difficultés quotidiennes d'un EHPAD qui entend accompagner avec bienveillance, mais surtout dans la qualité de vie de ces résidents. Or, la magnitude du besoin, au niveau institutionnel, territorial et national oblige à inventer un nouvel **accompagnement adapté au sein de l'EHPAD**, le nombre de structures en capacité d'assurer une prise en soin psychiatrique et gériatrique étant sans commune mesure avec le besoin présent et à venir. Enfin, l'urgence locale réclame l'adaptation de la Résidence "Clémence Charles".

En fondant mon action sur une éthique de responsabilité et sur le droit, je conçois avec les salariés et les résidents un projet d'adaptation de l'accompagnement, matérialisée en l'ouverture d'une Unité dédiée dans l'EHPAD, nécessitant naturellement d'écrire un Projet d'Unité (au sens de Projet institutionnel), d'adapter en qualité et quantité les compétences internes et partenariales, de repenser le lieu de vie. Le présent mémoire en rend compte :

- la première partie pose les termes de la problématique en donnant le cadrage définitionnel, historique et légal, démographique et territorial ;
- la deuxième partie approfondit l'analyse du public accueilli en la Résidence "Clémence Charles" et de ses besoins, et dresse le diagnostic de l'établissement à l'aune du projet ;
- la troisième partie développe la gestion *de projet* et le contenu *du projet*.

---

<sup>2</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales  
Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>3</sup> Le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 intégré à la Constitution française du 4 octobre 1958, en vigueur, évoque le droit à la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs, et le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence pour tout être humain en incapacité de travailler, en raison de son âge, de son état physique ou mental.

<sup>4</sup> Notamment, la « Déclaration sur les droits des personnes handicapées » adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU en 1975, et les principes 3, 9 et 13 des « Principes pour la protection des personnes atteintes de maladies mentales et pour l'amélioration des soins de santé mentale », adoptés par l'Assemblée générale de l'ONU en 1991

# 1 L'accompagnement des personnes ayant une pathologie psychiatrique avançant en âge

## 1.1 De la psychiatrie asilaire à la psychiatrie médico-sociale

### 1.1.1 De l'institutionnalisation à la désinstitutionnalisation sanitaire

#### A) La folie avant la psychiatrie

Avec Michel FOUCAULT<sup>5</sup>, nous pouvons suivre l'évolution de la figure du "fou" du Moyen-Âge à l'Époque moderne : le fou comme possédé par Satan<sup>7</sup>, du fou comme délinquant ou criminel en puissance, du fou comme malade, du fou comme objet de charité, du fou comme déviant, du fou comme inadapté social, et parfois du fou comme devin doté d'une sagesse secrète. Mais l'intelligence et l'originalité du travail de FOUCAULT ne résident pas dans l'inventaire raisonné de ces différentes conceptions. L'auteur a surtout mis en évidence l'engouement, indépendamment des conceptions de la folie, pour l'internement *indifférencié* des fous, des hérétiques, des criminels, des libertins et des pauvres, dans les mêmes lieux, à la fois lieux de répression et de charité. Ainsi démontre-t-il la volonté dans la France du XVIIe siècle d'exclure les fous du reste de la société, *au même titre que les autres "déviants"*. La fondation par décret royal de l'Hôpital général en 1656 à Paris constitue une date marquante dans le développement de cette politique indifférenciée que FOUCAULT nomme *le grand renfermement*. Progressivement, certaines institutions développent néanmoins des asiles réservés aux fous, comme l'Hôtel-Dieu à Paris.

A la fin du XVIIIe siècle, les idées de la révolution française soufflent sur les lieux d'internement des fous et sur les pratiques qui y existent. Avant ce tournant historique, la maladie psychiatrique n'était assimilée qu'à la folie (et par là même, au délit ou au péché). Le traitement de la folie se limitait à des actions sur le corps (saignées, purges, ...), à la contention physique et à l'enfermement, parfois en prison. Mais, dès 1793, le médecin aliéniste **Philippe PINEL**<sup>8</sup> libère les "enchaînés" de l'hôpital Bicêtre puis ceux de

---

<sup>5</sup> FOUCAULT M., 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Gallimard, 590 p.

<sup>6</sup> Issu de sa thèse de doctorat soutenue une décennie plus tôt, cet ouvrage important dans l'œuvre foucauldienne a contribué à l'édification de l'influence internationale de son auteur mais est également devenu un texte fondateur dans la connaissance des conceptions historiques de la maladie mentale. Le philosophe montre grâce à un travail d'historien l'évolution singulière de la place réservée au fou, du Moyen-Âge jusqu'à l'époque moderne.

<sup>7</sup> MAUS DE ROLLEY T., 2005, « La part du diable : Jean Wier et la fabrique de l'illusion » Revue Tracés, n°8, pp. 29-46, [visité le 31.03.2017], disponible sur internet : <http://traces.revues.org/153>

<sup>8</sup> Philippe PINEL (1745-1826), médecin aliéniste, précurseur de la psychiatrie.

l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Le Dr PINEL devient un pionnier dans l'humanisation du traitement des aliénés. Un siècle avant l'essor de la psychanalyse freudienne, **il soigne par la parole, en s'adressant à ce qu'il subsiste de raison chez le malade**. En 1801, Jean-Etienne Dominique ESQUIROL<sup>9</sup> rejoint PINEL à la Pitié-Salpêtrière, où il poursuit après PINEL l'œuvre de son mentor en inventant l'organisation psychiatrique moderne.

B) De 1838 à 1960 : la construction d'une discipline et l'organisation administrative  
Considéré comme le fondateur de l'hôpital psychiatrique, ESQUIROL organise la psychiatrie et l'institue en tant que discipline du champ médical. Cette discipline nouvelle se construit alors tout au long du XIXe siècle : d'ESQUIROL à Jean-Martin CHARCOT<sup>10</sup>, plusieurs figures marquantes jalonnent le siècle. La figure du psychiatre, dépositaire d'une expertise reconnue, s'impose progressivement.

**ESQUIROL fait évoluer la représentation sociale du "fou", de "l'aliéné" en instaurant le statut de malades mentaux, que la loi n° 7443 du 30 juin 1838 reconnaîtra<sup>11</sup>.** Si le fou est un malade alors sa condition de prisonnier devient un non-sens, ESQUIROL écrit : *"je les ai vus nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer ; d'eau pour éteindre leur soif et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance<sup>12</sup> »*.

Face à ce constat, le médecin invente l'asile psychiatrique, conçu comme un lieu de vie, de travail et de soin. La loi de 1838, dont il est le promoteur, impose la création d'un établissement psychiatrique sur le modèle asilaire, dans chaque département. La loi encadre également ce qui n'est plus un internement mais une hospitalisation, en distinguant les "placements volontaires" et les "placements d'office". Cet encadrement légal de l'hospitalisation prévaudra jusqu'à la loi n°90-527 du 27 juin 1990<sup>13</sup> qui redéfinit les règles de l'hospitalisation sans consentement.

---

<sup>9</sup> Jean-Etienne Dominique ESQUIROL (1772-1840), médecin aliéniste, considéré comme le père de l'organisation psychiatrique française.

<sup>10</sup> Jean-Martin CHARCOT (1825-1893), neurologue, psychiatre.

<sup>11</sup> Déjà sous l'Empire, dans le prolongement de l'esprit nouveau, né sous la Révolution : le code pénal de 1810 reconnaissait le principe d'irresponsabilité psychiatrique dans son article 64.

<sup>12</sup> ESQUIROL J.E., 1838, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique, et médico-légal*, volume 2, JB BAILLIERE

<sup>13</sup> Relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Un siècle après cette loi, la circulaire du 13 octobre 1937<sup>14</sup> prévoit la création à l'échelle départementale de dispensaires d'hygiène mentale avec des consultations externes, l'institution d'un service social, l'organisation de services libres d'observation et de traitement, le développement et la modernisation de services fermés, ouvrant ainsi la voie à la prochaine révolution de la psychiatrie française : la politique de sectorisation.

### C) La politique de sectorisation

Le 15 mars 1960 par la voie d'une simple circulaire<sup>15</sup>, le gouvernement rénove la psychiatrie. La politique de sectorisation entend **mettre fin au système asilaire**<sup>16</sup>, fondé sur un hospitalo-centrisme tout puissant, jugé dépassé. La sectorisation se fonde sur une conception nouvelle de la psychiatrie, qui vise à offrir sur chaque secteur géographique<sup>17</sup> : **l'accompagnement et les soins, à travers différentes structures et services intra et extra-hospitaliers**, coordonnés par un établissement sanitaire "tête de secteur".

L'objectif est de généraliser sur le territoire la possibilité d'un accompagnement là-même où vivent les personnes, en s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier exerçant au sein de la "tête de secteur". Le respect du bassin de vie favorise **la sortie de la logique d'internement** et crée un avantage thérapeutique en offrant la possibilité de rester dans son environnement, au sein de ses repères, en stimulant l'autonomie et l'inclusion sociale. Au niveau de la tête de secteur ou *via* ses structures satellites (notamment, les centres médico-psychologiques, les centres d'accueil permanent, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel), chaque secteur mène des actions de prévention, de diagnostic, de soins et de réinsertion sociale.

La politique de sectorisation est une illustration dans le contexte français du mouvement international de désinstitutionnalisation des malades suivis en psychiatrie. Cette véritable mutation dans les pays industrialisés, est toujours à l'œuvre aujourd'hui. Dans le champ de la psychiatrie, les principes de désinstitutionnalisation des malades s'inscrivent dans un plus large environnement d'idées, dont nous pouvons retenir deux courants : le désaliénisme et l'antipsychiatrie.

---

<sup>14</sup> Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental, in CAIRE M. *Histoire de la psychiatrie en France*. [visité le 16.12.2016], disponible sur internet : <http://psychiatrie.histoire.free.fr/psyhist/19-39/rucart.htm>

<sup>15</sup> Circulaire du 15 mars 1960. La politique de sectorisation a dû attendre 25 ans pour disposer d'une base législative : Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, présentée par Edmond HERVÉ, secrétaire d'état chargé de la santé.

<sup>16</sup> La découverte en 1952 de la chlorpromazine, première molécule efficace sur certains symptômes, a contribué à la possibilité d'une prise en soin plus proche de la vie ordinaire.

<sup>17</sup> Chaque secteur psychiatrique était défini pour une population d'environ 70000 habitants et dispose d'environ 200 lits en hôpital spécialisé (en suivant le ratio de 3 lits pour 1000 habitants, établi par l'Organisation Mondiale de la Santé à l'époque).

Le **mouvement désaliéniste** composé de psychiatres dont Lucien BONNAFÉ notamment et d'infirmiers en psychiatrie comme Louis LE GUILLANT s'est développé en France. Marqués par la tragédie des 40.000 malades morts dans les asiles durant l'occupation, les promoteurs du désaliénisme refusaient la dégradation des conditions d'hospitalisation en rapport avec **la pratique des internements à grande échelle** observée depuis plus d'un siècle et **jugée iatrogène** par les désaliénistes<sup>18</sup>.

Aux Etats-Unis, un mouvement contemporain voit le jour, celui de **l'antipsychiatrie**. Pour les psychiatres Thomas SZASZ et David COOPER et, plus tard, le sociologue Erving GOFFMAN, la conviction fondatrice est que le système asilaire est nuisible pour les malades qui devraient jouir de leurs droits citoyens dans une société en mesure de les accueillir et de respecter leurs capacités. Ils voient dans l'institution, un système usant de coercitions contraires à l'État de droit cherchant à **résoudre les problèmes posés à la société par le comportement de ces patients, plutôt que les maux de ces patients**. Enfin, l'antipsychiatrie pose la question fondamentale de l'arbitraire césure entre « le normal et le pathologique ».

### 1.1.2 Histoire de l'institutionnalisation médico-sociale

Parallèlement à la désinstitutionnalisation sanitaire qui s'observe à travers la forte baisse du nombre de lits (de 130.000 en 1974, 80.000 en 2000 à 57.000 en 2015)<sup>19,20</sup>, la prise en soin des personnes ayant une pathologie psychiatrique s'est développée dans le champ médico-social. Avant la loi de 1975, le sociologue Joël LE DANTEC<sup>21</sup> analyse l'évolution de la réponse sociétale en distinguant 5 périodes depuis la Révolution :

- la période 1789-1898 *"marque une transition du renfermement indifférencié mêlant charité et ordre public à **une nouvelle approche allant vers le soin** "* ;
- la période 1898-1945 *"initie un mouvement qui tend à sortir les personnes connaissant des pathologies psychiatriques ou des handicaps physiques d'un cadre d'exception **pour les rapprocher de la société ordinaire**"* ;
- la période 1945-1975 voit le développement de l'État Providence (naissance de la sécurité sociale par ordonnances en 1945) qui **reconnait en droit les personnes handicapées comme citoyennes** et met en place des allocations, parallèlement à la mobilisation associative (création de l'UNAPEI en 1960, de l'UNAFAM en 1963) ;

---

<sup>18</sup> Dr THELLIEZ Patricia, Alternatives à l'hospitalisation. [visité le 10.04.2017], disponible sur internet : [http://www.unafam.info/site/index.php?pge=newsNational&id=147&La\\_Ref=&deb=66](http://www.unafam.info/site/index.php?pge=newsNational&id=147&La_Ref=&deb=66)

<sup>19</sup> Rapport de la Cour des comptes sur le plan santé mentale 2005-2011 in Le Monde, 21.12.2010

<sup>20</sup> <https://fr.statista.com/statistiques/588071/nombre-lits-psychiatrie-france/>

<sup>21</sup> LE DANTEC J., 2009, *Les établissements médico-sociaux destinés à l'accueil des adultes en situation de handicap mental ou psychique. La construction d'une diversité d'usages entre prises en charge totalisantes et ouvertures sur des trajectoires singulières (1975-2005)* [en ligne], Thèse de Doctorat en Sociologie : Université de Toulouse 2 Le Mirail, 607 p., [visité le 15.04.2017]

- la période 1975-2005 s'inscrit dans un contexte de crise et de transformation de l'État Providence, **les établissements médico-sociaux** du secteur adulte deviennent des "**alternatives au monde psychiatrique et au chômage de longue durée**" ;

- la période débutant en 2005 voit une forme d'avènement de "**l'individualisation des compensations et la contractualisation dans les dispositifs de solidarité**".

Ces dernières périodes sont délimitées par les lois constitutives du champ médico-social que nous allons à présent approfondir.

A) Les lois de 1975 : la constitution du champ médico-social

Loi fondatrice du champ social et médico-social, **la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales** est souvent décrite comme le fruit de la loi dite hospitalière du 31 décembre 1970. Jean-François BAUDURET<sup>22</sup> évoque ainsi le "paradoxe des origines" : en recentrant l'hôpital sur la dimension purement sanitaire, la loi hospitalière<sup>23</sup> de 1970 engendre la naissance d'un champ social et médicosocial autonomisé par la loi de 1975. Le champ médico-social occupe désormais une place complémentaire ou substitutive à la prise en charge du champ sanitaire.

La conséquence de cette légitimation se traduit concrètement dans **la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées**. Ce texte considéré comme la première "loi handicap" en France stipule dans son article 1er que "*la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale*". Le législateur reconnaît ainsi le droit de la personne handicapée à "*la compensation des conséquences de son handicap*" et instaure des prestations financières, l'affiliation au régime général de la sécurité sociale et promeut le "**maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie**". Des nouveaux établissements d'orientation, de prise en charge se créent ou se développent : IME, IMP, IMPro, foyer d'hébergement, CAT, Atelier protégé.

---

<sup>22</sup> BAUDURET J-F., 2013, *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Paris : Dunod, 276 p.

<sup>23</sup> La loi prévoyait néanmoins des aménagements temporaires plusieurs fois prorogés permettant à l'hôpital de continuer à administrer des structures à vocation médicosociale telles que des foyers ou des hospices notamment. L'article 51 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée remettra en cause la séparation sanitaire et sociale.

L'année 1975 se conclura par l'adoption d'une déclaration des droits des personnes handicapées par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies<sup>24</sup> en sa trentième session le 9 décembre. Les droits universels sont réaffirmés qu'il s'agisse du droit d'accéder à **une vie qui soit la plus proche possible de la vie ordinaire (Articles 3, 4, 7 et 9) ou du droit à bénéficier de mesures adaptées (Articles 5, 6 et 8)**. Cette attention au respect de la dignité et des droits individuels fonde la loi du 2 janvier 2002, seconde grande loi cadrant l'action sociale et médico-sociale après la loi de 1975.

B) La loi 2002-2 : l'usager est une personne

Comme le souligne Jean-François BAUDURET<sup>25</sup>, le cadre légal de l'action sociale et médico-sociale n'est pas demeuré immobile entre 1975 et 2002. Toutefois, la loi du 2 janvier 2002<sup>26</sup> constitue bien une évolution radicale en **retournant la logique où prévaudrait l'institution pour promouvoir le droit des usagers** de manière inédite. Pour paraphraser le titre d'un documentaire<sup>27</sup> marquant des années quatre-vingts, au regard de la loi du 2 janvier 2002 : **"l'usager est une personne"**.

L'article L. 311-3 (annexe I) instaure ainsi sept principes assortis de sept outils concrets dont je retiens à dessein les extraits suivants :

- le **respect de sa dignité, de son intégrité**, de sa vie privée, de son intimité [...] ;
- une prise en charge et un **accompagnement individualisé de qualité** favorisant son **développement**, son **autonomie** et son **insertion, adaptés à son âge et à ses besoins**.

La loi dite 2002-2 marque une volonté **à la fois ambitieuse** eu égard aux pratiques en usage **et éminemment "normale"** au regard des besoins et des attentes des personnes accompagnées. Dans le champ du handicap, cette œuvre de promotion des droits individuels se poursuit et se traduit dans la loi du 11 février 2005.

C) La loi du 11 février 2005 renforce les droits et considère le handicap psychique Trente ans après la première loi de 1975, **la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** rénove l'action publique en faveur des personnes en situation de handicap.

---

<sup>24</sup> Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, Déclaration des droits des personnes handicapées, 1975, [Consulté le 25 décembre 2016], disponible sur : [http://www.un.org/fr/documents/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/3447%20\(XXX\)](http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/3447%20(XXX))

<sup>25</sup> BAUDURET J-F., Op.cit., page 12

<sup>26</sup> La loi 2002-2 prévoit en outre la réforme de l'architecture budgétaire, la mise en place de procédures d'évaluation, la refonte de la nomenclature des établissements et services dans le périmètre de la loi, la création des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

<sup>27</sup> MARTINO G., LAINÉ T., LAUZUN G., 1984, *Le bébé est une personne*, [visité le 01.01.2017], disponible sur Internet : <https://www.youtube.com/watch?v=3YzV-yWMW0>

Parmi de nombreuses avancées, la loi de 2005 innove dans son article 2 en donnant la première définition légale du handicap : **"Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant"**<sup>2829</sup>. Outre la première définition du handicap, la loi de 2005 comprend une seconde innovation majeure en incluant la notion de handicap psychique et en la distinguant du handicap intellectuel. **La reconnaissance du handicap psychique en 2005 œuvre corollairement à la légitimation du champ médico-social dans l'accompagnement de ces personnes.** Conséquemment à cette définition, la loi et les décrets <sup>30</sup> vont prévoir la création de structures nouvelles : les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).

### 1.1.3 De la psychiatrie institutionnelle à la psychiatrie territoriale

A) La Loi 2009 cherche à articuler les secteurs sanitaire et médico-social

Comme l'ensemble des structures et services sanitaires et médico-sociaux, la psychiatrie a évolué avec **la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST)**. En effet, cette loi a fortement remodelé l'organisation des deux champs en visant, parmi plusieurs mutations structurelles, **à unifier le sanitaire et le médico-social**, tout en protégeant ce dernier par le principe de fongibilité asymétrique. Le grand coordonnateur de cette politique est **l'Agence régionale de santé** qui définit un projet régional de santé incluant notamment le **schéma régional à l'organisation médico-sociale (SROMS)**, décliné en Programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC).

---

<sup>28</sup> Article L114 du CASF.

<sup>29</sup> Cette définition fait écho aux travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la Classification internationale des handicaps (CIH) et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) qui est toutefois plus explicite sur la "responsabilité" environnementale dans le handicap en évoquant les facteurs environnementaux : *"par exemple attitudes négatives, moyens de transport et bâtiments publics inaccessibles, et soutiens sociaux limités"*.

<sup>30</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés [en ligne]. Journal officiel n°61 du 13 mars 2005, [visité le 20.04.2017], disponible sur internet : [legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000263421&dateTexte=&categorieLien=id](http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000263421&dateTexte=&categorieLien=id)

Par son ancrage territorial fort, par ses différentes instances de démocratie sanitaire, par son objectif d'accès égalitaire sur le territoire et entre les territoires, l'ARS a redynamisé l'action à l'échelle territoriale. Cependant, si l'ARS est un agent facilitateur, il appartient aux acteurs de terrain d'agir pour matérialiser l'interconnexion entre le monde sanitaire et le médico-social. **Dynamiser, densifier les relations avec le secteur sanitaire notamment est un enjeu pour la Résidence "Clémence Charles".**

B) L'enjeu de tisser des liens avec les dispositifs territoriaux

Qu'il soit sanitaire ou médico-social, l'accompagnement de la maladie psychiatrique s'est diversifié avec la diminution du nombre de lits en psychiatrie et le développement corollaire des structures médico-sociales spécialisées. La volonté du législateur d'articuler les ressources du secteur sanitaire avec celles du secteur médico-social suit plusieurs objectifs : l'efficacité car un accompagnement médico-social peut être adapté selon les cas et sera moins coûteux, la qualité quand un accompagnement à domicile par exemple permet d'avoir une vie la plus ordinaire possible, la proximité car elle est un enjeu d'efficacité thérapeutique que rend possible la multiplication des entités médico-sociales et des satellites sanitaires.

**Connaître la cartographie et l'organisation des ressources sanitaires centralisées ou satellites et des ressources médico-sociales intervenant par définition ou par contingence en psychiatrie est donc une nécessité pour le porteur d'un projet d'Unité adaptée** à la prise en soin de résidents présentant une pathologie psychiatrique en EHPAD. Cette typologie des acteurs en psychiatrie figure en annexe 2.

C) L'analyse des schémas territoriaux comme source d'arguments

En analysant le contenu des schémas de l'ARS et du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis, je recense plusieurs objectifs ou priorités fusionnant le champ de la gérontologie et celui de la psychiatrie sanitaire ou médico-sociale. Ces programmes d'actions constituent des indices de la tension entre l'offre et les besoins sanitaires et médico-sociaux sur le territoire, et par là-même de la volonté publique en la matière : ils constituent **des points d'appui potentiels pour un projet** visant à améliorer la prise en soin de personnes présentant des pathologies psychiatriques avançant en âge.

Ainsi, le **schéma régional d'organisation médico-sociale**<sup>31</sup> (SROMS) francilien entend "favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs pour une prise en charge globale et sans rupture" (Axe 2 / action 2) et "améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics" (Axe 2 / action 3). L'ARS établit donc un lien direct entre la qualité de la prise en charge et la coordination d'acteurs différenciés autour de publics ayant des besoins spécifiques.

Le **schéma gérontologique**<sup>32</sup> du **Conseil départemental** veut promouvoir le "travail en réseau autour des situations individuelles" (Fiche N°12), "prévenir les ruptures dans l'accompagnement" (Fiche N°13) et entend "favoriser une dynamique de coopération avec les acteurs de la santé mentale" (Fiche N°18). Le département est donc attentif aux situations individuelles nécessitant une action en réseau et aux risques de ruptures et il évoque expressément "les acteurs de santé mentale" dans son schéma gérontologique.

Enfin, le **schéma du conseil départemental dédié au handicap**<sup>33</sup> prévoit "d'élargir l'instance de traitement des cas complexes aux personnes handicapées vieillissantes (notamment en psychiatrie)" (Action 13) et de "favoriser la formation des acteurs du handicap à la gérontologie" (Action 20). Ainsi, le département aborde la question du vieillissement des personnes en situation de handicap psychique et pointe la nécessité de formation gérontologique pour les acteurs du handicap.

Ces objectifs énoncés par les deux autorités de tarification et de contrôle démontrent bien **la conjonction en mouvement des problématiques de l'âge et des pathologies psychiatriques sur le territoire**. Ce constat à l'échelle territoriale est à l'image de la réalité observée en France, comme à l'étranger, que nous allons évoquer à présent.

---

<sup>31</sup> Schéma régional d'organisation médico-sociale 2013-2017, [consulté le 03/01/2017], disponible sur internet : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-2013-2017-0>

<sup>32</sup> Schéma en faveur des personnes âgées de Seine-Saint-Denis, 2013-2017, [consulté le 03/01/2017], disponible sur internet : [seine-saint-denis.fr/3e-Schema-en-faveur-des-personnes.html](http://seine-saint-denis.fr/3e-Schema-en-faveur-des-personnes.html)

<sup>33</sup> Schéma du conseil départemental en faveur des personnes en situation de handicap de Seine-Saint-Denis, 2012-2016, [consulté le 03.01.2017], disponible sur internet : <https://www.seine-saint-denis.fr/Schema-en-faveur-des-personnes.html>

## 1.2 Le vieillissement des personnes ayant une pathologie psychiatrique

### 1.2.1 Le vieillissement au XXI<sup>e</sup> siècle

A) La démographie crée l'obligation de répondre à la massification des besoins. Comme dans l'ensemble des pays industrialisés et de nombreux pays en développement, la pyramide des âges en France a fortement évolué au cours du siècle dernier. Les études statistiques publiées par l'Institut national d'études démographiques (INED)<sup>34</sup> et l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) sont éloquents. Le vieillissement de la population française, actuel et à venir, est avéré et s'explique par trois facteurs concourants : la génération du *baby boom* avance en âge, la proportion des "moins de 20 ans" baisse tendanciellement et l'espérance de vie croît<sup>35</sup> continûment grâce à l'amélioration des conditions de vie et de la médecine depuis 1950.

Suivant les projections de l'INSEE, les personnes âgées de "65 ans et plus" seraient plus de 20 millions en 2050 contre 10,7 millions en 2010 et les personnes de "75 ans et plus" 12 millions contre 5,7 millions en 2010. Les données actuelles démontrent déjà la proportion notable des personnes âgées de "65 ans ou plus". Ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, la France compte près de 67 millions d'habitants, une personne sur cinq est âgée d'au moins 65 ans (une proportion en progression de 3,9 points depuis vingt ans), et une sur dix est âgée de "75 ans et plus" (en hausse de 2,6 points sur la même période). A l'échelle de la région<sup>36</sup>, l'INSEE recensait 1.780.000 habitants âgés de "65 ans et plus", soit 14,6 % des 12.140.000 de franciliens en 2017. En 2050, les projections donnent une population des "65 ans et plus" doublée atteignant 2.880.000 habitants (soit 21,9 % des 13.160.000 de franciliens). Dans le département séquanais-dionysien, cette tendance est confirmée : les "65 ans et plus" représentaient 190.000 personnes sur 1.570.000 habitants en 2017, soit 12,2%. En 2050, ils seront 330.000, soit 19,8% d'une population départementale de 1.660.000 habitants. **En 33 ans, le département devra accueillir 140.000 personnes supplémentaires, âgées de "65 ans et plus" (soit une augmentation de 73,7 %).**

---

<sup>34</sup> INED. Le vieillissement en Europe. [visité le 14.05.2017], disponible sur internet : <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/vieillessement-europe/>

<sup>35</sup> D'après l'INSEE, en vingt ans, l'espérance de vie en France a progressé de 3,4 ans pour les femmes et de 5,2 ans pour les hommes in INSEE. Tableaux de l'économie française, Édition 2017. [consulté le 14.05.2017], disponible sur internet : [insee.fr/fr/statistiques/2582785?sommaire=2587886](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2582785?sommaire=2587886)

<sup>36</sup> INSEE. Projections départementales et régionales de population. [consulté le 15.05.2017], disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418126?p1=R11&p2=D93&annee=2017>  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418126?p1=R11&p2=D93&annee=2050>

Loin d'être anecdotique, le nombre de centenaires constitue un autre indicateur du vieillissement de la population française auquel l'offre sanitaire et médico-sociale va devoir s'adapter. Ils étaient une centaine en 1900, 3.760 en 1990, 17.900 en 2017, ils seront bientôt 54.200 en 2030, 140.000 en 2050 et environ 200.000 en 2070. Leur nombre aura été multiplié par 700 entre 1950 et 2050, suivant l'hypothèse intermédiaire de projection de l'INSEE. La terminologie de "vieillesse de la population" peut donc s'entendre à la fois comme l'évolution de la structure populationnelle où le poids des "anciens" croît significativement en proportion, mais également comme la variation très importante de ces générations en valeur absolue (près de 10 millions de personnes de "65 ans et plus" supplémentaires entre 2010 et 2050).

#### B) La longévité nouvelle des personnes ayant une pathologie psychiatrique

En parallèle au vieillissement constaté au sein de la population générale, les personnes présentant des pathologies psychiatriques connaissent une même évolution depuis plusieurs décennies. Les études épidémiologiques démontrent une espérance de vie moindre chez les personnes ayant un parcours psychiatrique : la vie est en moyenne moins longue de 10 à 20 ans pour les personnes schizophrènes, de 9 à 20 ans pour les personnes bipolaires, de 7 à 11 ans pour les personnes dépressives, de 9 à 24 ans pour les personnes ayant une addiction selon une méta-analyse<sup>37</sup> regroupant une vingtaine de recherches sur 1,7 million d'individus. Plusieurs causes à ces écarts sont présentées par les chercheurs : la probabilité de suicide, les comportements à risque en particulier des personnes ayant une addiction et des problèmes de santé somatique moins bien traités car les personnes sollicitent moins le corps médical et car celui-ci a tendance à se focaliser sur la pathologie psychiatrique. La surmorbidity cardiaque et diabétique notamment due aux traitements antidépresseurs et antipsychotiques au long cours est aussi observée. **Le déficit d'accès au soin, l'aveuglement des soignants par la maladie mentale, la morbidité iatrogène ont un effet défavorable sur la durée de vie.**

Cette dernière observation implique que les progrès des prises en charge médicales et sanitaires et des accompagnements médico-sociaux et sociétaux ont un effet sur l'espérance de vie des personnes ayant une pathologie psychiatrique. Si l'écart d'espérance de vie avec la population générale s'est accru, le phénomène s'explique par une augmentation moins rapide de l'espérance de vie des personnes ayant un profil psychiatrique. **Toutefois, l'espérance de vie de ces personnes a bien augmenté.**

---

<sup>37</sup> CHESNEY E., GOODWIN G. M., FAZEL S., 2014, "Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review", *World Psychiatry*, 13: 153–160. [consulté le 15.07.2017], disponible sur Internet : <http://www.ox.ac.uk/news/2014-05-23-many-mental-illnesses-reduce-life-expectancy-more-heavy-smoking>

Outre l'allongement de la durée de vie, la taille relative de la génération des "65 ans et plus" évoquée *supra* explique également **l'augmentation du nombre de personnes ayant une pathologie psychiatrique aujourd'hui avançant en âge.**

**La massification de besoins conjointement psychiatriques et gérontologiques oblige à une adaptation des accompagnements et à un changement de dimension des structures et dispositifs permettant de répondre au besoin.** Cette évolution médico-sociétale n'est pas sans rappeler le cas de la maladie d'Alzheimer dont l'évocation sera utile à nos réflexions sur différents plans.

### **1.2.2 De l'internement à l'accompagnement de la personne âgée dépendante**

A) L'internement, réponse unique aux démences séniles ou d'origine psychiatrique  
L'étude de la maladie d'Alzheimer a une valeur heuristique indéniable pour envisager les perspectives et solutions transposables aux personnes âgées connaissant des pathologies psychiatriques. En effet, la société et le pouvoir politique ont dû répondre à la massification du nombre des personnes concernées par la maladie d'Alzheimer.

L'histoire de la maladie est assez récente. En pratiquant une autopsie cérébrale, le psychiatre Aloïs ALZHEIMER réalise en 1906 l'étude histologique qui met en évidence les plaques amyloïdes, qui établissent encore à ce jour le diagnostic de la maladie. Celle-ci est alors classée comme "démence présénile" touchant des personnes de 45 à 65 ans. Mais il a fallu attendre le premier congrès mondial consacré à la maladie à Londres en 1977 pour abandonner la distinction entre démences séniles et préséniles. Cette nouvelle définition de la maladie d'Alzheimer levant la condition d'âge est un tournant majeur. La sociologue Claire SCODELLARO<sup>38</sup> écrit ainsi : *"la dénomination de maladie d'Alzheimer met l'accent sur l'aspect pathologique et éloigne la représentation de troubles normaux liés à l'âge. Cette entité pathologique, qui n'a commencé à connaître un succès médical que dans les années 1980 invalide « l'idée d'une continuité entre vieillissement normal et vieillissement pathologique »*", l'auteur ajoute : *"un signe tangible de cette découverte de la maladie d'Alzheimer par le monde médical est l'incroyable augmentation des décès qui lui sont attribués : entre 1980 et 1990, leur effectif a été multiplié par 50"*<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> Claire SCODELLARO a rédigé pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) une revue de la littérature portant sur 78 articles de recherche dans le cadre du troisième plan Alzheimer 2008-2012

SCODELLARO C., Novembre 2008, *Les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer*, 2008, INPES, page 9, [visité le 05.03.2017], disponible à l'adresse :

[http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/09\\_etudesalz/Revuealz.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/09_etudesalz/Revuealz.pdf)

<sup>39</sup> VALLIN J., MESLE F., 1988, Les causes de décès en France de 1925 à 1978, Paris : INED cité par SCODELLARO C., Ibid.

Avant l'avènement de la conception actuelle de la maladie d'Alzheimer (il y a seulement quarante ans), les formes précoces (1 à 5 % des cas) relevaient donc de la psychiatrie. Lorsque les symptômes apparaissaient après 65 ans, la démence dite "sénile" était assimilée à un processus de vieillissement "normal", plus précoce et plus rapide mais dans "l'ordre naturel des choses". Si le malade et sa famille ne pouvaient plus faire face à l'évolution des troubles, et notamment des troubles du comportement présents dans 30% des cas, le malade Alzheimer pouvait alors être pris en charge par les structures de psychiatrie. Ainsi, jusque dans les années 1980 et 1990, si l'institutionnalisation devenait nécessaire, la filière "normale" de prise en charge était sanitaire et psychiatrique. Ainsi, **une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer était-elle internée au même titre et dans les mêmes lieux qu'une personne présentant une pathologie psychiatrique.** Face à une évolution épidémiologique<sup>40</sup> de grande ampleur et grâce à la mobilisation des associations de malades Alzheimer et de leurs familles, l'Etat a dû réorganiser et solvabiliser la réponse à ce nouveau besoin social.

#### B) Vers l'accompagnement médico-social des personnes âgées dépendantes

En incluant les personnes de 65 ans et plus, la nouvelle définition de la maladie multiplie *ipso facto* la population atteinte par un coefficient vingt. D'autres facteurs ont concouru à la hausse du nombre de cas enregistrés : des causes environnementales, un taux de diagnostic en hausse grâce à une meilleure compréhension de la maladie par le corps médical et une connaissance de la maladie démocratisée au sein des populations et, enfin, l'allongement de la durée de vie - qui a significativement contribué à l'augmentation du nombre de personnes atteintes. En effet, la prévalence augmente fortement avec l'âge : la maladie d'Alzheimer touche 0,7% des femmes de 65 à 69 ans mais 23,6% de celles de 90 ans et plus<sup>41</sup>. Sachant que l'espérance de vie des femmes en 1970 était de 75,9 ans contre plus de 85 ans aujourd'hui, l'allongement de la vie conjugué au différentiel de prévalence selon l'âge a engendré un effet multiplicateur très conséquent. Outre cet effet quantitatif, l'évolution des mentalités et des représentations sociales du vieillissement a modifié la capacité d'accepter le déclin de l'âge : en 1960, une femme vivait en moyenne huit ans à la retraite et la baisse des capacités était conçue comme naturelle ; aujourd'hui, l'espérance de vie à la retraite dépasse 25 ans pour une femme, la perte

---

<sup>40</sup> 900 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer en France, elles seront 1,3 million environ en 2020. La maladie d'Alzheimer représente 70% des démences du sujet âgé. *in* Pr AMOUYEL P., Alzheimer. [visité le 05.06.2016], disponible sur internet : [inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer](http://inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer)

<sup>41</sup> La maladie touche davantage les femmes que les hommes, les statistiques sont issues d'une étude coopérative européenne citée *in* ANKRI J., Prévalence, incidence et facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer, *Gérontologie et société*, 2009/1 (vol. 32 / n°128-129), p348. [visité le 01.03.2017], disponible sur internet : [caim.info/revue-gerontologie-et-societe1-2009-1-page-129.htm](http://caim.info/revue-gerontologie-et-societe1-2009-1-page-129.htm)

prématurée de l'autonomie n'est plus acceptable, *a fortiori* dans un schéma de pensée où ce processus n'est plus associé à un cycle normal mais à une maladie qu'il faudrait guérir.

**Cette imposante réalité a déclenché la mobilisation d'acteurs associatifs comme France Alzheimer et la réponse des pouvoirs publics.** Ainsi, un premier plan national de lutte contre la maladie d'Alzheimer doté d'un budget de 105 millions d'euros a notamment cherché à améliorer le diagnostic durant la période 2001-2005, un deuxième plan avec un budget doublé a visé dès 2004 à améliorer l'adaptation des conditions d'accueil notamment en EHPAD. Le troisième plan 2008-2012 a franchi une étape budgétaire avec une dotation de 1.600 millions d'euros en déployant les accueils adaptés et en augmentant l'aide à la recherche. Depuis 2015, le quatrième plan couvre différentes maladies neurodégénératives dont notamment la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques. Ces différents plans ont permis de créer des modes d'accompagnement adaptés comme les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), dont l'étude, qui suit, permet d'étayer notre réflexion sur l'adaptation de l'accompagnement aux besoins spécifiques des résidents en EHPAD. En effet, le troisième plan Alzheimer en 2008 prévoyait dans sa mesure n°16 la création d'unités adaptées à l'accompagnement de personnes touchées par la maladie au sein de PASA<sup>42</sup>. Sous l'égide d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute, aidé d'un assistant de soins en gérontologie (ASG), ce dispositif accueille en un lieu dédié des résidents ayant des troubles modérés pour des activités et des soins adaptés. Il permet de maintenir les capacités et de réduire les troubles du comportement dits perturbateurs (TCP) accueillis en EHPAD. Les unités spécifiques Alzheimer<sup>43</sup> (également désignée "unités protégées") sont des unités d'hébergement à l'intérieur des EHPAD dévolues aux personnes concernées par la maladie d'Alzheimer. Elles jouissent d'une architecture adaptée et d'un encadrement supérieur aux standards des EHPAD, sécurisant ainsi la prise en soin et soutenant la dimension psycho-relationnelle le plus longtemps possible. Dans les deux cas, ces dispositifs capitalisent sur **certains éléments qui pourraient être transférables à un dispositif visant l'amélioration de l'accompagnement de résidents présentant une pathologie psychiatrique.**

Leur philosophie réside dans **l'individualisation de l'accompagnement, son ajustement à des besoins reconnus comme spécifiques.** La réponse s'appuie sur

---

<sup>42</sup> ainsi que des unités adaptées à l'accompagnement de personnes malades Alzheimer ayant des troubles plus sévères *via* les unités d'hébergement renforcées (UHR) portées principalement par des unités de soins de longue durée (USLD) dans le secteur sanitaire.

<sup>43</sup> LIVRE BLANC Unités de Soins Alzheimer, 2015, Congrès national des unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, L'Année Gérontologique, vol. 29, tome IV. [visité le 01.03.2017], disponible sur Internet : [https://www.ensembleprevenonsladependance.fr/wp-content/uploads/2015/12/Livre\\_blanc\\_prise\\_en\\_charge\\_Alzheimer.pdf](https://www.ensembleprevenonsladependance.fr/wp-content/uploads/2015/12/Livre_blanc_prise_en_charge_Alzheimer.pdf)

**l'adaptation de l'environnement architectural et matériel, sur une dotation majorée en personnel, un personnel spécialement formé.** Ce modèle semble être une référence intéressante pour le projet d'unité adaptée, nous y reviendrons.

### **1.2.3 Les effets de l'âge sur les personnes ayant une pathologie psychiatrique**

Le vieillissement entraîne pour chaque être humain des modifications importantes dans sa physiologie, ses capacités cognitives et psychomotrices, dans sa psychologie et ses émotions. Pour la personne présentant une pathologie psychiatrique, l'âge peut modifier :

- la symptomatologie de la pathologie psychiatrique<sup>4445</sup>,
- les attentes,
- les besoins de prise en charge des maladies et troubles somatiques.

**Concernant l'évolution de la pathologie psychiatrique**, les troubles productifs (délires, hallucinations, passage à l'acte) ont tendance à s'éteindre progressivement avec l'avancée en âge. Cette évolution des symptômes tend à faciliter l'intégration des personnes dans un cadre collectif comme celui de l'EHPAD. Les troubles déficitaires (retrait social, aboulie, anhédonie, apraxie) prennent le pas et la souffrance psychique et l'apparition de problèmes de santé somatiques peuvent s'amplifier silencieusement. **La capacité à détecter les signaux faibles de la souffrance, de la dégradation de la santé somatique est donc un enjeu majeur pour le psychiatre et les soignants** qui prennent en soin ces personnes. Cette compétence dépend de la qualification, de l'expérience, de la fluidité de l'information dans la structure.

**Les attentes, lorsqu'elles s'expriment, évoluent également.** Les personnes institutionnalisées en foyer d'accueil médicalisé (FAM) par exemple peuvent réclamer un cadre moins stimulant et plus reposant lorsqu'elle avance en âge. Certaines sont en mesure d'exprimer l'envie d'aller en maison de retraite. Il conviendra, le cas échéant, de mettre en place des **activités et des animations en concordance avec leurs capacités** (notamment d'attention, de communication et motrices), leurs envies (sorties, activités physiques adaptées) et **les centres d'intérêt et les références culturelles** de leur génération. En effet, ils peuvent intégrer un EHPAD autour de 60 ans quand l'âge moyen d'admission dépasse 85 ans, **"l'effet miroir" est alors cruel** et leur renvoie une image perçue négativement entre rejet et identification : *"je ne suis pas comme eux"* ou *"mais*

---

<sup>44</sup> Pr **KREBS. M.-O.**, Schizophrénie. [visité le 05.06.2016], disponible sur internet : [insem.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie](http://insem.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie)

<sup>45</sup> **JALENQUES I., TOURTAUCHAUX R., GALLAND F., PONTONNIER A.-L., LEGRAND G., et al.,** 2009, Schizophrénie et vieillissement : aspects cliniques. Annales Médico-Psychologiques, *Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 167 (5), pp.380.

*alors moi aussi je suis comme ça ?*". A contrario, cet "effet de génération" peut être vécu positivement : certains d'entre eux trouvent une utilité en prenant soin des personnes plus âgées de l'EHPAD. Néanmoins, pour certains profils, cette connexion à autrui est précisément ce qui *fait problème*. Dans certaines schizophrénies ou lors d'épisodes de dépression, certaines personnes ne se sentent pas concernées ou enclines à participer à un cadre collectif. **Pour ces personnes, se pose donc la question de l'adaptation de l'accompagnement socioculturel, des activités et des modalités de relation en dehors des pratiques collectives, par la structure qui les accueille.**

**Concernant la prise en charge des maladies et troubles somatiques**, l'âge produit ses effets. Ces personnes tendent en effet à rejoindre le tableau des syndromes gériatriques : diabète, hypertension, troubles cardiaques, dénutrition, chutes répétées, troubles de mémoire, confusion mentale, perte d'autonomie, dépression du sujet âgé, escarres, incontinence auxquels s'ajoutent la diminution des capacités notamment sensorielles, motrices et cognitives. Le sujet ayant une pathologie psychiatrique présente des signes précoces de sénescence expliqués par plusieurs facteurs : les conditions de vie précaires que peuvent connaître certains malades, les effets des traitements psychiatriques au long cours, la conséquence d'un suivi somatique au cours de la vie plus lâche. Une deuxième remarque concerne la morbidité somatique particulière des personnes connaissant des troubles psychiatriques : la littérature évoque par exemple la surmorbidité du syndrome métabolique chez les personnes traitées pour des troubles bipolaires, le syndrome s'accusant avec l'avancée en âge. Une troisième remarque porte précisément sur la difficulté de la prise en charge médicamenteuse de personnes en situation de comorbidité psychiatrique et gériatrique : à titre d'exemple, l'usage de certains psychotropes (anticholinergiques) en vue de traiter les troubles du comportement perturbateurs de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'est révélé dangereux. La communauté médicale a pris conscience du risque et corrigé une pratique très répandue (le Dr Armelle DESPLANQUES<sup>46</sup>, responsable de l'unité Programmes Pilotes à la Haute Autorité de Santé (HAS) expliquait en 2010 que "*l'exposition aux neuroleptiques chez les patients Alzheimer est 6 fois plus élevée que dans la population saine du même âge, atteignant 18 % contre 3 % ; or, la seule indication des neuroleptiques est le traitement des psychoses*"). Toutefois, la question de l'arbitrage médical en cas d'interactions délétères ou neutralisantes reste actuelle et la spécificité des personnes à la fois démentes et psychotiques ne peut être ignorée. Dernière remarque sur la conjugaison de pathologies

---

<sup>46</sup> "L'exposition aux neuroleptiques chez les patients Alzheimer est 6 fois plus élevée que dans la population saine du même âge, atteignant 18 % contre 3 %, explique le Dr Armelle DESPLANQUES, responsable de l'unité Programmes Pilotes à la Haute Autorité de Santé (HAS). Or, la seule indication des neuroleptiques est le traitement des psychoses".

psychiatriques et gériatriques, l'intrication du somatique et du psychiatrique oblige à une lecture fine des événements. Nous donnons deux exemples : lors de la chute d'un résident, la cause en est-elle somatique ou liée à la médication psychiatrique ? Une énurésie est-elle d'origine somatique ou la modalité d'expression d'une personne ayant une pathologie psychiatrique ? **La qualité de la réponse soignante tient à la capacité d'élargir l'analyse causale sans omettre ou avantager l'origine somatique ou psychiatrique.**

A la spécificité de ces besoins, la médecine oppose la géronto-psychiatrie, une nouvelle discipline qui intervient sur deux versants distincts : les troubles psychiatriques naissant avec l'âge, d'une part ; l'évolution chez le sujet âgé d'une pathologie ancienne, d'autre part. Son essor en France est encore récent, contrairement à d'autres pays comme la Suisse ou la Belgique. Cette sous-spécialité du champ psychiatrique est présente dans le secteur hospitalier ou via des équipes mobiles de géronto-psychiatrie, mais demeure peu développée en comparaison de l'ampleur des besoins.

La gériatrie est également une spécialité rare, en dépit de l'évolution démographique. En 2016, il y avait en France 1.756 gériatres pour 6 millions de personnes de 75 ans et plus, soit une densité de 29,3 spécialistes pour 100.000 français de cette tranche d'âge. En 2016, on comptait 15.171 psychiatres pour une population de patients potentiels estimée à 12 millions de français, soit une densité *a minima* quatre fois supérieure à celle des gériatres. Ainsi, avoir un accès à la compétence gériatrique, par une convention avec l'hôpital et par le médecin coordonnateur capacitair en gériatrie, est donc une véritable ressource de la Résidence "Clémence Charles".

### **1.3 Comment répondre aux besoins des personnes ayant des pathologies psychiatriques avançant en âge**

#### **1.3.1 L'émergence d'un public à besoin spécifique**

A) Définir le public pour mesurer le besoin

Le premier argument pour justifier notre engagement dans cette démarche d'adaptation aux besoins "non standards en EHPAD" est la **présence effective et nombreuse de résidents ayant une pathologie psychiatrique** dans l'EHPAD "Clémence Charles". Si cet argument doit suffire, l'observation de cette réalité au-delà des murs de l'EHPAD ne peut qu'appuyer le bienfondé du projet.

**Dès lors, s'impose l'exercice de définition du public concerné**, afin de dimensionner et de qualifier, de "comprendre" de qui il s'agit. Toutefois, il convient d'être mesuré sinon modeste dans l'objectif de définition. Les personnes présentant une pathologie psychiatrique avançant en âge se situent à la convergence de la psychiatrie, du handicap psychique et de la personne âgée : tracer un périmètre définitif entre ce qui est d'ordre psychiatrique et ce qui ne l'est pas, ce qui constitue un handicap ou pas, qui est âgé, qui ne l'est pas est donc une triple gageure tant les problématiques sont multifactorielles, complexes, dépendantes de variables parfois cachées ou inconnues.

**En utilisant la référence légale et administrative, nous aboutissons à une première ébauche de définition** : le diagnostic psychiatrique revient à l'autorité du psychiatre, le statut de personne en situation de handicap est arrêté par la commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), une personne devient âgée et devient éligible à une admission en EHPAD à 60 ans, ou plus jeune sur dérogation du président du conseil départemental. Mais ces repères légaux et administratifs n'effacent pas certaines difficultés. Le diagnostic du psychiatre ne résout pas la question des personnes malades refusant d'être diagnostiquées ; en outre, les contours du champ psychiatrique sont, conjoncturellement ou peut-être *per se*, éminemment flous<sup>47</sup> ; enfin, les statistiques géronto-psychiatriques fusionnent trois dimensions fort différentes : les personnes ayant une maladie psychiatrique ancienne (schizophrénie, autres psychoses, troubles bipolaires, ...), les troubles psychiatriques naissant avec le vieillissement (dépression et trouble anxieux ont une forte incidence chez les sujets âgés) et les troubles liés aux démences de type Alzheimer ou apparentées. De même, dans le champ du handicap et très particulièrement du handicap psychique<sup>48,49</sup>, l'autorité de la CDAPH n'empêche pas la réalité du refus d'être "étiqueté" comme handicapé : la population réelle des personnes en situation de handicap psychique dépasse celle des personnes reconnues administrativement comme telles. Enfin, le critère d'âge administratif, aménageable par dérogation pour l'admission en EHPAD, présente également une rigidité inconsistante avec la réalité individuelle du vieillissement physiologique d'une personne, *a fortiori* traitée par neuroleptiques depuis des décennies.

---

<sup>47</sup> Les nomenclatures du DSM américain, du CIM (OMS) ou d'inspiration psychanalytique sont loin d'être superposables, dénotant des définitions non stabilisées en psychiatrie.

<sup>48</sup> BELIARD A., EIDELIMAN J.-S., 2009, « Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives », *La documentation française* [en ligne], vol. 2009/1, pp. 99-117. [visité le 16.07.2017], disponible sur internet :

[cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-99.htm](http://cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-99.htm)

<sup>49</sup> CUENOT M., ROUSSEL P., 2009, « De la difficulté de quantifier le handicap psychique : des classifications aux enquêtes », *La documentation française* [en ligne], vol. 2009/1, pp. 65-81. [visité le 16.07.2017], disponible sur internet : [cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-65.htm](http://cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-65.htm)

Ces différentes remarques incitent à considérer avec précaution les définitions disponibles et les statistiques populationnelles associées.

**Plusieurs nomenclatures ou définitions peuvent être convoquées pour déterminer et quantifier le public concerné.** Le DSM<sup>50</sup> est l'ouvrage de référence de l'American Psychiatric Association répertoriant et décrivant les troubles mentaux. Bien qu'utilisé aux Etats-Unis et dans de nombreux pays, le DSM-V a néanmoins fait l'objet de nombreuses critiques venant du monde entier mais également de figures tutélaires américaines<sup>51</sup> : surmédicalisation, fondement scientifique insuffisant, influence intéressée de l'industrie pharmaceutique. Il est relativement peu utilisé en France. L'Organisation mondiale de la santé dispose également d'une classification internationale des maladies (CIM) dont le chapitre 5 est consacré aux "troubles mentaux et du comportement. Ce chapitre, épistémologiquement proche du DSM, regroupe différentes affections : du trouble mental aux maladies comme la schizophrénie en passant par les troubles du développement, les troubles névrotiques ou les démences comme la maladie d'Alzheimer.

Dans le contexte français, l'inspiration psychanalytique a une influence plus importante. La psychopathologie psychanalytique dans sa forme contemporaine présenterait les trois distinctions suivantes : les psychoses du premier groupe (schizophrénie et paranoïa) ou maniaco-dépressives, les névroses (hystérie, phobie, névrose obsessionnelle) et les troubles de la personnalité borderline. Il faut néanmoins préciser qu'en dépit de la tradition psychanalytique continentale et française, les théories cognitivo-comportementales et la logique portée par le DSM et le CIM ont tendance à accroître leur influence en France.

Dans le champ du handicap, les travaux pluri-décennaux des associations ont abouti à des résultats convaincants. En s'appuyant sur les définitions du handicap de la CIH en 1980, puis de la CIF en 2001, l'UNAFAM<sup>52</sup> a œuvré pour la reconnaissance du handicap psychique, que la loi du 11 février 2005, qu'elle définit ainsi : "**le handicap psychique est caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales [il] est la conséquence directe des troubles psychiques.**"

---

<sup>50</sup> La cinquième révision du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders a été publiée le 18 mai 2013 et éditée en français le 17 juin 2015.

<sup>51</sup> comme Allen FRANCES, co-rédactrice du DSM-IV ou Thomas R. INSEL, directeur du National Institute of Mental Health.

<sup>52</sup> L'UNAFAM-Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques le est une association française créée en 1963 et reconnue d'utilité publique en 1968. Elle compte 15.000 membres et 300 points d'accueil au service des malades et de leurs proches.

Si les définitions étaient stabilisées, quantifier la population en situation de handicap psychique resterait complexe, comme l'écrivent Marie CUENO et Pascale ROUSSEL<sup>53</sup> : *"Il est probable que nous disposerons pendant longtemps encore d'une vision kaléidoscopique du handicap psychique. S'en plaindre ne serait sans doute pas opportun car la réalité est elle-même kaléidoscopique, en raison notamment de l'importance de la dimension évolutive des troubles, de la pluralité des dimensions du handicap et du poids potentiel de l'environnement. Une quantification précise qui se présenterait comme indiscutable ne retiendrait probablement qu'une vision réductrice de la réalité alors que seule l'acceptation de sa complexité peut permettre de progresser."*

Selon Georges JOVELET<sup>54</sup> citant un article de ROUILLON<sup>55</sup>, **un patient schizophrène sur 7 a plus de 65 ans en France et 18 % de la population souffrant de troubles psychiatriques (12 % des hommes et 24 % des femmes) sont âgés de plus de 60 ans.** JOVELET poursuit : *"selon une étude américaine [non citée par l'auteur], le nombre de psychotiques traités doublera dans les 20 années à venir, ils représenteraient dès à présent 2 % de la population à partir de 54 ans"*. Toutefois la certitude statistique sur le besoin en accompagnement de malades psychiatriques âgés semble encore éloignée.

La légitimité de l'effort de catégorisation médico-administrative ne peut être remise en cause. La catégorisation est une obligation du point de vue légal, en vue d'octroyer un droit attaché à une catégorie de citoyens, elle est aussi une condition nécessaire en finances publiques pour quantifier le besoin et réaliser la programmation budgétaire. Nous avons pu noter en revanche la complexité monumentale de définition en matière psychiatrique et le caractère non exhaustif du statut de handicap psychique. Croiser ces données avec une variable d'âge, en considérant de surcroît que l'âge physiologique diffère fortement de l'âge administratif, constitue une difficulté supplémentaire.

## B) Les Besoins et les attentes

Les vocables d'attentes et de besoins doivent appeler à une réflexion éthique. Au sein d'une structure médico-sociale, l'ambition de répondre à des *attentes* est singulière dans le cas des personnes présentant une pathologie psychiatrique. Deux écueils opposés menacent en effet l'expression des attentes de la personne : la pathologie peut annihiler

---

<sup>53</sup> Op. Cit.

<sup>54</sup> JOVELET G. 2010, "Psychose et vieillissement", *L'Information Psychiatrique* [en ligne] vol. 86, p. 104 [visité le 19.03.2017], disponible sur Internet : <http://www.cairn.info>

<sup>55</sup> ROUILLON F., 1985, "Épidémiologie des troubles mentaux chez le sujet âgé", *L'Information Psychiatrique*, vol 59, p. 828, cité par JOVELET G., Op. Cit.

ou rendre inintelligible l'expression des attentes du fait de troubles dits déficitaires ou négatifs (anhédonisme, aphasie, refus ou rejet de la relation à autrui, avolition) ; *a contrario*, la pathologie à travers ses troubles dits productifs ou positifs peut engendrer l'expression d'attentes irréalistes ou dangereuses. Dès lors, tout en restant bienveillant et attentif à la parole et à la personne, le personnel de l'institution devient dépositaire de **l'intérêt supposé des personnes et cette position ne doit pas cesser d'interroger l'institution**. Ce positionnement éthique doit ainsi engager à chercher, sans jamais abandonner, quelles sont les attentes de la personne, sachant qu'elles peuvent s'exprimer sous la forme d'une communication langagière, comportementale ou somatique que les professionnels pourront apprendre à comprendre. Nous reviendrons sur les attentes exprimées par les résidents de l'EHPAD "Clémence Charles".

**L'éthique doit inviter à une comparable prudence dans la détermination par procuration des besoins** d'une personne considérée individuellement. Rester *mesuré et humain* dans les modalités de l'accompagnement mais également dans son objectif : soutenir les capacités, pallier le développement des troubles, leur retentissement et *in fine* la souffrance induite peut constituer le principe fondamental guidant l'action d'une structure médico-sociale. Son énonciation est bien plus aisée que sa mise en œuvre concrète tant il suppose d'interprétations, d'incertitude, de versatilité et de complexité.

D'un point de vue macroscopique en revanche, **l'UNAFAM - émanation des malades et de leurs proches - est fondée à exposer les besoins générés par les pathologies psychiatriques**. Pour l'UNAFAM, ces pathologies engendrent des troubles parfois majeurs sur un large spectre : troubles de la volonté, troubles de la pensée, troubles de la perception, troubles de la communication et du langage, troubles du comportement, troubles de l'humeur, troubles de la conscience et de la vigilance intellectuelle, troubles de la vie émotionnelle et affective. Souvent déniés, méconnus, minimisés par le sujet et parfois son entourage, les troubles se caractérisent par une expression et une intensité qui oscillent suivant une *période variable*, résultant de causes endogènes (la maladie) ou exogènes (le stress dû à l'environnement). Ces troubles entravent ou empêchent l'inclusion des personnes ayant une pathologie psychiatrique, en raison de la diminution de capacités qu'ils peuvent occasionner dans différents domaines : les besoins fondamentaux, la capacité à prendre soin de soi et à gérer son argent, les capacités liées au logement, les capacités à avoir une vie sociale et des loisirs, les capacités de la formation et l'apprentissage, les capacités de travail.

En miroir à ces incapacités relatives, l'UNAFAM dresse une typologie de besoins en six points<sup>56</sup> : la continuité du soin, un accompagnement humain dans la vie quotidienne, sociale et professionnelle, les ressources financières, le logement, la protection juridique si nécessaire, l'activité qu'elle soit professionnelle ou non.

### C) Les symptômes

Dans la schizophrénie, le tableau recense les symptômes suivants :

#### **Les signes positifs. ou productifs ou syndrome délirant :**

- un discours délirant avec des mécanismes interprétatifs et imaginatifs sur des thèmes d'ensorcellement, de maladie (hypocondrie), d'empoisonnement (persécution), des thèmes mystiques ou mégalomaniques, la conviction délirante est très fluctuante,
- des hallucinations acoustico-verbales (des voix) ou psychiques (automatisme mental pouvant affecter le discours et le cours de la pensée),
- des hallucinations tactiles ou cénesthésiques (organes).

#### **Les signes déficitaires ou signes négatifs ou syndrome dissociatif peuvent être :**

- un retrait sur soi, un repli
- des troubles du cours de la pensée (pensée illogique, ralentissement ou arrêt de la pensée, diminution de la concentration, appauvrissement, lenteur des idées),
- des troubles du langage et de la communication (diminution ou augmentation du débit verbal, mutisme ou semi-mutisme, altération de la syntaxe, néologisme),
- des troubles de l'affectivité (émoussement affectif, anhédonie : incapacité à éprouver du plaisir, ambivalence des sentiments, exaltation)
- des troubles psychomoteurs (stéréotypies : mouvements répétitifs, mimiques, rires immotivés, balancement, déambulations, troubles des gestes fins, gestes indécis, ralentissement, apragmatisme : incapacité à entreprendre des actions, catatonie : maintien d'attitude, raideur, immobilité, expression figée, échopraxie : répétition des gestes et attitudes, maniérisme : petits gestes inutiles et indécis, démarche sautillante).

Conjuguée à l'avancée en âge, cette symptomatologie se modifie en se déplaçant du versant productif vers le versant déficitaire (permettant ainsi un accueil en EHPAD), en même temps qu'apparaissent de nouveaux besoins et de nouvelles attentes.

---

<sup>56</sup> Il faut remarquer la concordance entre cette grille et celle l'ANESM qui se superposent presque parfaitement.

### 1.3.2 L'EHPAD comme filière d'aval de profils psychiatriques

Lorsque la pathologie psychiatrique et les effets de l'âge se rejoignent, la question de l'accompagnement adapté est posée. En amont de la problématique de l'âge, les personnes présentant une pathologie psychiatrique peuvent bénéficier d'un large spectre d'accompagnement exclusif ou complémentaire. Nous pouvons ainsi dessiner cinq groupes-types :

- les personnes ne faisant l'objet d'aucun accompagnement psychiatrique (le taux de non-recours au soin des personnes ayant des troubles psychiatriques est estimé à 30%<sup>57</sup>), elles vivent à leur domicile, chez un parent, un ami, dans une structure du champ social ou dans la rue ;
- les personnes non hébergées mais suivies dans le champ sanitaire (hospitalier et ambulatoire) ou médico-sociales (via les SAVS et les SAMSAH) ;
- les personnes dont l'hébergement est pris en charge en foyers d'hébergement (FH) ou foyers de vie (FV) ;
- les personnes durablement hébergées dans le champ sanitaire ;
- les personnes dont l'hébergement est pris en charge en FAM ou en MAS.

Quand la conjoncture du vieillissement s'ajoute et lorsque les besoins liés à l'âge deviennent prégnants et mettent en danger la personne, les personnes des 3 premiers groupes se retrouvent *a minima* dans la situation du citoyen ordinaire qui a besoin, sans toujours le souhaiter, d'un accompagnement médicalisé en mode hébergé. Ce basculement vers un nécessaire accompagnement hébergé peut s'opérer de manière anticipée du fait du rythme accéléré de la perte d'autonomie et du manque de relai de réseaux familiaux ou amicaux parfois très appauvris, sinon inexistant. Lorsque les accompagnements à domicile, de jour, séquentiels ou temporaires sont dépassés, l'EHPAD devient alors une structure d'aval pour ces personnes.

Une personne hébergée dans le champ sanitaire, en FAM ou en MAS, n'est pas en situation de risque immédiat. Toutefois, lorsque le versant gérontologique franchit un certain seuil, lorsque les personnes *demandent* à aller en maison de retraite, ou lorsque ces structures ne s'estiment plus adaptées, alors l'EHPAD peut être une voie possible. A ce sujet, JOVELET<sup>58</sup> donne deux statistiques, que nous considérons néanmoins avec circonspection tant l'effet de définition joue sur les chiffres, suivant lesquelles : "*le pourcentage de patients psychotiques séjournant en EHPAD serait de 28 %, il est indiqué ailleurs le chiffre de 12 %*".

---

<sup>57</sup> Entretien contrat local de santé mental du 93.

<sup>58</sup> JOVELET G., Op. cit.

## Conclusion de la partie 1

Le cadrage opéré au cours de cette première partie a d'abord permis, par un détour historique, de prendre la mesure de l'évolution des représentations sociales autour de la figure du "fou" dans notre société. Cette mise en perspective pourrait appeler à une certaine modestie face aux représentations contemporaines, où les malades peuvent être enfermés *au sens figuré* dans des catégories de pensée, et parfois *au sens propre* dans une typologie d'établissements. Cet aperçu historique et sociétal, également lisible dans sa transcription en lois, démontre néanmoins une tendance de fond vers toujours plus d'"inclusion dans le milieu ordinaire, moyennant les accompagnements idoines. En suivant ce principe "d'inclusion pertinemment étayée", les résidents de l'EHPAD pourraient prétendre à ce droit commun d'une inclusion en EHPAD *comme tout un chacun*, à condition d'avoir accès aux aides humaines notamment, correspondant à leurs besoins.

Car la suite de l'analyse a bien rappelé le mouvement de légitimation générale du champ médico-social, et dans la prise en soin de personnes en situation de handicap psychique, en particulier ; légitimité confirmée dans les schémas du Département et de l'ARS. Le cadrage médico-démographique, qui a suivi, mesurait l'ampleur du phénomène et analysait le vieillissement des personnes ayant une pathologie psychiatrique, d'un point de vue quantitatif, mais également qualitatif. Enfin, les derniers chapitres examinaient la question du bon accompagnement, en tentant de comprendre les maladies psychiatriques et en étudiant les symptômes, les besoins et les attentes de personnes vieillissantes.

L'ensemble des indicateurs démographiques, épidémiologiques médicaux, budgétaires et légaux convergent vers la nécessité d'adapter l'offre médico-sociale, pour accompagner ces profils en forte augmentation. L'accueil exclusif en FAM ou en MAS spécialisés en géro-psycho-geriatrie est hors de portée, à court terme et sur le territoire, tant le besoin en places est important. En évoquant les modèles du PASA et des Unités Alzheimer, j'ai rappelé l'existence en EHPAD de modes d'accompagnement adaptés aux troubles spécifiques (éventuellement perturbateurs).

En reprenant leurs principes, nous aboutissons à l'idée d'une unité spécifiquement dédiée, intégrant un personnel spécialement formé, prodiguant des activités et des soins adaptés, dans un lieu repensé. Mais le modèle d'adaptation aux pathologies psychiatriques en EHPAD reste à construire.

**La première étape de l'adaptation consiste en l'approfondissement de la connaissance du besoin interne (les résidents accueillis), puis à réaliser le diagnostic de l'établissement dans la perspective de la création d'une Unité dédiée.**

## 2 Le diagnostic de l'EHPAD au regard de l'accompagnement des résidents ayant une pathologie psychiatrique

Je présenterai ici la réalité de l'EHPAD dont je suis directeur, en débutant par l'analyse populationnelle, puis en présentant le gestionnaire et ses valeurs, l'établissement et son histoire avant d'en établir le diagnostic des forces et des faiblesses, des opportunités et points de vigilance dans la perspective de la création d'une Unité dédiée aux résidents présentant des pathologies psychiatriques.

### 2.1 Le public accueilli : de l'agrément institutionnel au diagnostic populationnel

Le diagnostic de l'établissement n'a de sens que relativement à la mission qui lui est assignée par les textes et à l'engagement moral qu'il scelle avec les personnes y résidant. Cette mission légale et cet engagement "supra-légal" ne peuvent être évalués *in abstracto* : la relation à la personne accueillie, la connaissance de ses besoins et de ses attentes, la volonté de chercher toujours à permettre et encourager sa participation à la définition de son projet individualisé et du projet institutionnel ne sauraient être plus centrales dans un tel diagnostic. Le chapitre qui suit présentera le public accueilli tant d'un point de vue statistique que dans l'épaisseur humaine de leur parcours, **afin d'objectiver l'importance numérique de ces profils, la nature des troubles et la spécificité des besoins, et de préciser en quoi la prestation de l'EHPAD "Clémence Charles" est insuffisante ou inadaptée** pour un accompagnement bientraitant de ces résidents.

#### 2.1.1 Objectiver la présence des résidents ayant une pathologie psychiatrique

L'EHPAD accueille 34 hommes et 50 femmes (soit 40% d'hommes et 60% de femmes) âgés de 60 à 104 ans. **La proportion d'hommes est deux fois supérieure parmi les résidents avec un profil psychiatrique** (62% contre 33% des autres résidents). Le GMP de 793 et le PMP de 244<sup>59</sup> assez nettement supérieurs aux valeurs médianes nationales<sup>60</sup> illustrent la magnitude des besoins en soins et en accompagnement de la dépendance. Le GIR moyen des résidents avec une pathologie psychiatrique est de 2,85 contre un GIR moyen de 2,04 pour les autres résidents, qui sont donc plus dépendants d'après la grille AGGIR. La proportion de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées est de 50%.

---

<sup>59</sup> Le GMP et le PMP sont des indicateurs pondérés représentant l'importance la dépendance et des pathologies des résidents. Plus l'indice est élevé, plus les besoins sont élevés.

<sup>60</sup> En effet, d'après l'Observatoire des EHPAD (avril 2014, KPMG), le GMP médian est de 670 et le PMP médian de 208 en EHPAD privé non lucratif, sur le territoire national.

**La moyenne d'âge des résidents ayant une pathologie psychiatrique (72,4 ans) est inférieure de près de 12 ans à celle des autres résidents (84,3 ans).** Cette différence s'explique par la différence d'âge à l'admission : 64,6 ans pour les résidents avec un profil psychiatrique, contre 15 ans de plus (79,8 ans) pour les autres résidents

La durée de séjour est également très contrastée : de près de **8 ans pour les résidents ayant une pathologie psychiatrique contre 4,5 ans pour les autres résidents.** Avec le développement des dispositifs de soutien à domicile et sachant que 91% des français déclarent vouloir rester à domicile, les nouvelles admissions en EHPAD aujourd'hui interviennent ordinairement "le plus tard possible", lorsque les personnes sont âgées de plus de 85 ans et souffrent de plusieurs pathologies chroniques. Il en est ainsi à la résidence "Clémence Charles" où tous les résidents présentent une situation de comorbidité, qu'ils soient concernés par une pathologie psychiatrique ou non.

**D'un point de vue socio-économique, 90% des résidents ayant une pathologie psychiatrique font l'objet d'une mesure de protection judiciaire, contre 45 % des autres résidents.** Les 85 places installées sont toutes habilitées à l'aide sociale et 83% des résidents sont **bénéficiaires de l'aide sociale (100% des résidents ayant une pathologie psychiatrique et 78% des autres résidents)**, ils sont originaires de milieux modestes à l'image du territoire dont ils sont issus pour 95,3% d'entre eux : ils étaient ouvriers ou employés, ou n'ont jamais eu d'activité professionnelle.

30% d'entre eux ont connu un parcours de vie très difficile, avec des épisodes de grande exclusion, d'addiction, une rupture des liens familiaux, une maladie psychiatrique, une séparation ou un deuil difficiles, un exil ; 71% des personnes ayant une pathologie psychiatrique ont vécu, outre la maladie elle-même, ce type d'événement traumatique.

**Pour 33% des résidents avec un profil psychiatrique, toute trace de l'existence d'un proche a été perdue.** Ces liens familiaux et amicaux, quand ils existent, sont moins denses pour les résidents ayant une pathologie psychiatrique : bien que plus jeunes, ils sont seulement 57% à recevoir des visites contre 79% pour les autres résidents.

**Un diagnostic de maladie psychiatrique a été établi pour 21 résidents soit 25% des personnes accueillies** mais ces personnes pouvant présenter un tableau de pathologies multiples, la réalité des besoins de prise en soin est encore plus grande :

- les psychoses non schizophréniques concernent 15 résidents (soit 71% des résidents ayant un profil psychiatrique), la schizophrénie affecte 4 résidents (soit 19%),
- la dépression touche 4 résidents (soit 19%),
- les troubles bipolaires sont évoqués pour 3 résidents (soit 14%),
- l'éthylisme chronique concernent 6 résidents (soit 29 %).

Ces données sont potentiellement minorées pour deux motifs : certains résidents pourraient être concernés par la maladie psychiatrique sans que celle-ci ait pu être détectée avant et depuis l'admission, d'autres résidents présentant un comportement évoquant une pathologie suspectée mais non diagnostiquée n'ont pas été comptabilisés.

Parmi ces résidents, la symptomatologie s'étend sur **un large spectre allant d'idées délirantes sur un thème persécutif, d'hallucinations** auditives ou visuelles, de comportements moteurs aberrants, d'hétéro-agressivité verbale ou physique (plus rarement) **au repli dépressif sévère**, la clinophilie, l'apathie, le ralentissement idéomoteur, l'anxiété en passant par la désinhibition, l'incurie, les troubles de la pensée et de la communication, l'alcoolisation clandestine, la plainte somatique incessante, la crise d'angoisse, la menace de suicide. **62% d'entre eux ont eu des conduites à risque et 62% connu au moins un épisode aigu depuis leur admission**, nécessitant une hospitalisation temporaire en psychiatrie. Aujourd'hui, chaque symptôme repéré et chaque changement de comportement sont tracés dans le dossier informatisé du résident et remontés vers les professionnels compétents (psychiatre, psychologue, médecin et soignants), mais il n'existe pas d'outils agrégeant ces occurrences pour mesurer le phénomène au niveau global. **Les troubles sont stabilisés pour 67% des résidents concernés mais demeurent fluctuants pour 24% d'entre eux**. La prépondérance déjà évoquée du versant déficitaire sur celui des troubles productifs au fur et à mesure de l'avancée en âge se vérifie absolument au niveau de l'établissement.

Au sein de cette cohorte de résidents, de **la souffrance psychique est exprimée, spontanément ou sur demande, régulièrement ou rarement, par 57 % d'entre eux**. Cette souffrance est alors "traitée" par les entretiens psychologiques, par l'ajustement de tous et par un appui médical et éventuellement pharmacologique. Les ressources internes (0,4 ETP de psychologue) sont rapidement insuffisantes et la résidence bénéficie de l'intervention bimensuelle d'un psychiatre libéral qui suit les résidents de manière régulière ou sporadique selon les cas : **67% des résidents ayant un profil psychiatrique rencontrent régulièrement le psychiatre**. L'établissement est également en lien avec d'autres ressources compétentes du territoire : quatre résidents ont été suivis au CMP mais le suivi a été suspendu pour chacun d'entre eux, le CATTTP accompagne un résident et le CSAPA continue de suivre quatre résidents. Avec l'allongement de la file active de ces services, **le suivi externe s'est distendu ou interrompu pour nombre de résidents** et la convention signée avec le CMP notamment mérite une actualisation pour donner un nouveau souffle au travail en réseau dans l'intérêt des résidents.

Outre la question du handicap psychique, **52% de ces résidents sont en situation de handicap (moteur, psychomoteur, sensoriel ou intellectuel)**, l'ergothérapeute de l'établissement intervient auprès de 52% de ces résidents et les kinésithérapeutes libéraux auprès de 57% d'entre eux. Il faut remarquer ici que le statut de personne en situation de handicap déterminé par la CDAPH est très peu renseigné car géré par les mandataires judiciaires à la protection des majeurs, avec lesquels la communication est parfois complexe du fait du nombre de dossiers administrés.

Sur le plan des interactions avec les professionnels, **pour 90% des résidents ayant une pathologie psychiatrique, les professionnels ont fait connaître leur difficulté** lors des soins de nursing, pour l'administration des traitements, pour parvenir à communiquer ou même pour seulement rentrer en relation avec la personne. Les professionnels expriment également **leur difficulté de positionnement** : ces résidents plus jeunes, moins dépendants physiquement et dont la tristesse, l'apathie, le repli sur soi et les accès d'angoisse résistent à leur intervention, interrogent leur légitimité professionnelle et laissent un sentiment d'impuissance et de travail inabouti.

Si cet exposé est nécessaire et utile à la connaissance macroscopique du profil des résidents ayant une pathologie psychiatrique en cet établissement, il demeure néanmoins tout à fait insuffisant pour comprendre ou *a minima* tenter de comprendre le parcours individuel de vie de ces personnes et conscientiser, si cela est possible, combien cet itinéraire a pu être chaotique, disloqué et parfois même cruel. *Cette tentative de saisir la réalité de vie de ces personnes dans son épaisseur humaine et sa complexité ne peut que renforcer et étayer le projet de proposer un accompagnement adapté à ces résidents.*

### **2.1.2 Enrichir la connaissance par une approche non quantitative**

A travers la situation de trois des personnes accueillies à la résidence, je souhaite illustrer l'apport d'une connaissance individualisée et qualitative, qui vient compléter l'approche statistique et macroscopique, néanmoins incontournable pour dimensionner le besoin à l'échelle de l'établissement.

Les quelques lignes qui suivent présentent les informations connues et enregistrées sur l'histoire de vie, les antécédents et l'anamnèse<sup>61</sup> et la situation actuelle de **Monsieur M** :

*M. M. est âgé de 65 ans, il a été admis en avril 2015 à la résidence, suite à une altération de son état général après un infarctus. M. M. a été en couple et propriétaire d'une maison, il est actuellement célibataire, sans enfant et sous curatelle.*

*Antécédents* : *M. M. présente un tableau mixte, il a été diagnostiqué schizophrène et bipolaire avec une forte tendance dépressive. Il souffre d'addiction à l'alcool et présente un risque suicidaire avec plusieurs passages à l'acte dans le passé. Il est actuellement suivi en service d'addictologie à l'Hôpital d'A. M. M. prend de nombreux médicaments dont un antidépresseur, un thymorégulateur, un hypnotique et un neuroleptique. Il présente également une pathologie cardiaque. Sur le plan cognitif, M. M. se plaint de troubles mnésiques depuis un an, il présente un manque du mot et une dysarthrie mais conserve une efficacité cognitive de bonne qualité avec un MMSE<sup>62</sup> de 28/30, en 2017.*

*Anamnèse* : *M. M. est né à Saïgon, sa mère était infirmière dans l'armée, M. M. a subi la séparation difficile entre ses parents. Il est arrivé à Paris vers l'âge de 7 ans. Il a poursuivi sa scolarité jusqu'en classe de première et est détenteur d'un BEP. Il a occupé un poste au Trésor Public et à la BNP. Il conserve des liens téléphoniques avec sa famille, notamment ses neveux et nièces auxquels il tient beaucoup.*

*Situation actuelle* : *M. M. a acquis une certaine stabilité malgré ses troubles de l'humeur et les symptômes de sa psychose chronique : syndrome de persécution, difficulté à être en relation, interprétation des faits et hallucinations. Il parvient à préserver son autonomie et il est libre d'aller et venir à l'extérieur. Il continue d'exprimer occasionnellement des plaintes de persécution. Il bénéficie d'un suivi psychiatrique et psychologique.*

L'ensemble des informations issues de différentes sources documentaires ou humaines donne un diagnostic des insuffisances actuelles de l'établissement qui a été partagé en équipe pluridisciplinaire : **M.M. s'ennuie** du fait d'un désintérêt pour les activités actuellement existantes et cet ennui laisse la place à une routine de pensées qui **l'angoissent beaucoup**. Il est aussi important pour M. M. de conserver les liens avec sa famille, des actions à l'initiative de l'établissement pour **faciliter le maintien de ces liens** doivent être pérennisées. Un autre levier de satisfaction et d'estime de soi pour M.M. réside dans son association, **son inclusion aux tâches** de la résidence : l'arrosage des plantations, le ménage, le pliage du linge en sont de bons exemples.

---

<sup>61</sup> Nous employons ici le terme, non dans son acception médicale : l'histoire de la maladie, des plaintes, des explorations et des traitements d'un patient, mais dans la définition qu'adopte la psychologie : l'histoire du sujet.

<sup>62</sup> Le Mini Mental State Examination est un test permettant d'évaluer les fonctions cognitives et la capacité mnésique d'une personne.

L'histoire et la situation présente de **Monsieur R.** oblige à constater un parcours également marqué par la difficulté, avec, en outre, une instabilité résistante et une complète dissolution des liens familiaux :

*M. R. a 62 ans, il est entré à la résidence en février 2011, à 55 ans, en bénéficiant d'une dérogation permettant son admission avant 60 ans. Avant cette admission, il vivait à l'Hôpital de V.-E., où il était hospitalisé en psychiatrie depuis 2 ans.*

Antécédents : *Le suivi psychiatrique de M. R. a débuté en 1990 soit à l'âge de 34 ans où le diagnostic de psychose chronique a été posé. Depuis lors M. R. a bénéficié de plusieurs hospitalisations, de suivis en hôpital de jour et d'une hospitalisation à domicile. Il a été suivi au CMP de Bobigny et en CATTP (groupe arts plastiques). Depuis trois mois, il ne souhaite plus y retourner en raison d'une sortie qui s'est mal déroulée, aboutissant à une errance de cinq jours dans les rues de Paris. Au moment de son admission, le courrier de son psychiatre relate son parcours en ces termes : "Depuis quelques mois, le tableau clinique est dominé par un déficit important entravant gravement l'autonomie de M. R. Les différentes mesures prises (hospitalisations à temps complet, hospitalisation à domicile et hôpital de jour) n'ont pas suffi à réintégrer M. R. et à assurer son autonomie chez lui. En effet, le patient a besoin d'une stimulation quotidienne pour se prendre en charge [...] sa pathologie est équilibrée sous traitement et le cadre de la maison de retraite lui serait adapté et c'est le souhait de notre patient". Au niveau somatique, M. R. souffre de diabète non insulino-dépendant et d'une hypertension artérielle.*

Anamnèse : *M. R. est né à Paris, il a deux frères et une sœur avec qui il a perdu contact. Ses parents sont décédés, il est célibataire et sans profession mais a exercé des emplois (ouvrier en usine, homme d'entretien). Avant sa décompensation psychiatrique, M. R. aurait vécu près de douze ans dans un hôtel à Bobigny.*

Situation actuelle : *M. R. connaît peu de stabilisation de son état psychiatrique. Il est sous traitement neuroleptique injectable. Un état délirant avec un repli sur lui-même et une tendance à l'agressivité verbale ont motivé une hospitalisation dont M. R. est revenu il y a deux semaines. De plus, M. R. cherchait à partir de l'établissement à l'insu des accompagnants et était de plus en plus anxieux et irritable. Le cadre de la prise en charge en EHPAD ne permettait pas alors d'assurer sa sécurité ainsi que celle des personnes de son environnement. M. R. lie peu de relation à l'autre, il communique de manière distante et ressent un profond sentiment d'enfermement qui provoque de fortes angoisses. Il accepte mal son placement au sein de l'institution.*

Les informations collectées et partagées montrent la réalité de la confrontation des besoins d'un résident et des moyens disponibles en EHPAD. Je qualifierais la situation de M.R. "**d'errance emmurée**", il erre entre les étages et le plus souvent au rez-de-chaussée devant l'accueil avec un sentiment d'enfermement persistant. En dépit des quelques sorties que la faible dotation humaine de l'EHPAD rend possibles et que l'équipe

ne manque pas de lui proposer, M.R. se sent enfermé et les activités proposées ne l'attirent guère. Âgé de seulement 61 ans, M.R. est grand et je l'ai personnellement vu très habile dans **des activités sportives qui le transfigurent réellement**, comme le basket-ball ou la pétanque. Il est vital pour ce résident de pouvoir multiplier les sorties à l'extérieur de l'établissement car **la sensation d'enfermement est gravement délétère** et engendre des troubles productifs ou déficitaires qui peuvent être sévères. L'accès à des activités mobilisant le corps serait aussi assurément un levier de santé mentale, de plaisir et de restauration de l'image de soi pour M.R. Enfin, M.R. devrait bénéficier de **temps accompagnés individuels** étant donné sa difficulté à appréhender autrui et plus encore le groupe, *a fortiori* un groupe constitué de personnes bien plus âgées engendrant un effet miroir qui n'a pu que le heurter.

Nous exposons à présent les quelques éléments de vie connus de **Monsieur T** :

*M. T. est âgé de 62 ans, il a été admis à la résidence en juin 2010, à l'âge de 55 ans, en provenance de l'Hôpital de V.-E. Il est sous tutelle. Il n'était pas consentant à son entrée.*

Antécédents : *M. T. présente une psychose chronique de type schizophrénique diagnostiquée en 1985. Ses idées délirantes sont caractérisées par des sentiments de grandeur, de supériorité et de persécution. M. T. est clinophile en journée et se rend au salon où il passe toutes ses soirées. Il a tendance à s'isoler malgré une certaine sociabilité. Il ne présente aucun trouble cognitif.*

Anamnèse : *M. T. est célibataire et sans enfant. Il habitait dans un hôtel à Saint-Denis et faisait des séjours réguliers à l'Hôpital de V.-E pour non-observance du traitement et instabilité psychique. Il est suivi à l'hôpital T. en infectieux pour son traitement du VIH.*

Situation actuelle : *Depuis 7 ans à la maison de retraite, M. T. exprime régulièrement sa volonté de sortir du fait de son anosognosie et de ses nombreux projets professionnels. M. T. ne comprend pas son maintien dans l'établissement et son fondement. Il a bénéficié d'un suivi par l'équipe du CMP de Bobigny jusqu'en 2014, il est actuellement suivi par le psychiatre de la résidence. Il refuse régulièrement les traitements et a donc une injection de neuroleptique avec effet retard.*

Les premières constatations lors de la compilation des différentes sources de renseignements sur M.T. montrent **l'extrême pauvreté des informations disponibles et la gravité des troubles**, deux constatations sûrement interconnectées. La magnitude et l'instabilité de ces troubles limitent grandement les possibilités d'orientation hors d'une institution sur le territoire. Mais, il appartient à l'établissement actuel de tout mettre en œuvre pour **pallier le sentiment d'enfermement**, en obtenant le financement compatible

avec un programme de sorties accompagnées nettement plus conséquent.<sup>63</sup> Un autre enjeu pour M.T. est **le maintien de ses habiletés sociales**. Doté d'un bon niveau intellectuel et culturel, sa clinophilie diurne pourrait être liée à la confrontation imposée avec la population majoritaire de l'EHPAD, âgée et désorientée, qui ne lui renvoie pas une image satisfaisante, stimulante ou rassurante. **Un "effet d'environnement" plus adapté** et moins éloigné de son profil au sein d'une unité dédiée à l'accompagnement de résidents jeunes avec un profil psychiatrique pourrait soutenir ses capacités sociales. Enfin, face à l'acuité des troubles de M.T., **l'adjonction des ressources du CMP** ne pourrait que profiter à la prise en soin du résident.

### **2.1.3 Le constat d'une incapacité partielle de l'EHPAD actuel à accompagner les résidents ayant une pathologie psychiatrique**

En appui des données numériques présentées *infra*, l'exposé de ces trois parcours de vie jusqu'à leur situation présente souligne en creux l'incomplétude, l'imperfection, le caractère insatisfaisant de l'accompagnement de l'EHPAD dans sa configuration actuelle. **Ces résidents plus jeunes de 12 ans en moyenne que les autres résidents de l'EHPAD sont aussi ceux qui pourraient connaître la durée de séjour la plus longue<sup>64</sup>, une durée significativement plus longue**, tant leur espérance de vie s'allonge en même temps que les résidents "ordinaires" de l'EHPAD tendent à retarder leur admission et raccourcissent de fait leur durée de séjour. A l'intérieur de l'EHPAD, un résident sur quatre présente un profil psychiatrique : ces résidents constituent donc une cohorte d'une taille que nous avons l'obligation morale de prendre en considération. Un indicateur composite permettrait de rendre mieux compte de l'importance numérique de ces personnes. En effet, en pondérant le nombre de résidents avec un profil psychiatrique par la durée de séjour, nous aboutissons à ce jour aux résultats suivants : **63 résidents "ordinaires" ont vécu en moyenne 4,5 ans dans la résidence, soit un total pour cette cohorte d'environ 104.000 journées d'hébergement ; 21 résidents avec un profil psychiatrique ont vécu en moyenne 7,8 ans dans la résidence, soit un total pour cette cohorte d'environ 60.000 journées d'hébergement**. Cet indicateur révèle de manière encore plus évidente le poids relatif de ces profils au sein de l'établissement, et la tendance devrait se renforcer avec le mouvement continu de diminution des durées de

---

<sup>63</sup> A ce jour, le programme est limité du fait de la présence humaine très contrainte en EHPAD. Si deux aides-soignants accompagnent une sortie dans le voisinage, il ne reste alors plus que deux aides-soignants dans toute la résidence. L'animatrice propose néanmoins une sortie dans le quartier à deux ou trois résidents sur un rythme bi-hebdomadaire et deux sorties annuelles sont organisées pour 20 à 30 résidents.

<sup>64</sup> Si la doyenne de l'établissement, âgée de 104 ans, n'a aucun trouble psychiatrique, la personne accueillie ayant actuellement la durée de séjour la plus importante est un résident avec un profil psychiatrique âgé de 81 ans seulement, mais présent depuis 26 ans dans l'établissement où il a été admis à l'âge de 55 ans.

séjour du public "ordinaire" des EHPAD. **Cette réalité appelle à un changement profond dans la prestation offerte.** La mise en actes du changement requiert au préalable une analyse précise des points d'appui et de difficulté de l'établissement.

## 2.2 Un contexte institutionnel porteur

### 2.2.1 L'histoire et la gouvernance, un appui pour le projet

A) L'historique de la gouvernance : le changement et la continuité

En cent vingt-cinq ans d'existence, "l'EHPAD" a connu quatre "gestionnaires" pour reprendre la terminologie contemporaine. A la suite de Louise Glavier, religieuse et fondatrice de la maison, la gestion fut assurée par sa congrégation religieuse, avant d'être confiée en 1970 à une association loi 1901 de croyants non ordonnés.

L'association connaissant des difficultés financières s'est adossé à une fondation reconnue d'utilité publique en 2009. Enfin, en 2016, la fondation a elle-même intégré le giron d'une union mutualiste<sup>65</sup> qui réunit les actifs franciliens de trois acteurs de la mutualité française en cours de fusion. L'objectif de cette opération est de renforcer la surface financière du gestionnaire et de lui permettre de garantir la réalisation de ses missions. L'Union mutualiste a repris la quasi-totalité du périmètre de la fondation et conservé l'ensemble de l'équipe dirigeante. Les activités se déploient en 6 pôles-métiers : pôle hospitalier, handicap, seniors, maintien à domicile, enfance et enseignement-formation dont la complémentarité permet d'enrichir les compétences et de rendre effective une logique de parcours. Avec un budget de fonctionnement approchant 100 millions d'euros, l'ensemble compte 43 établissements sanitaires et médico-sociaux principalement présents en Île-de-France où 2.900 professionnels accompagnent près de 15.000 adultes handicapés, personnes âgées dépendantes ou enfants.

Congrégation, association loi 1901, fondation, union mutualiste, la Résidence "Clémence Charles" a connu différents gestionnaires au cours de son histoire, tout en jouissant d'une certaine stabilité de la gouvernance, jusqu'à l'accélération constatée durant la dernière décennie. **Appartenant tous au secteur non lucratif<sup>66</sup>, les gestionnaires successifs partageaient également un même socle de valeurs encore vivantes aujourd'hui.**

---

<sup>65</sup> Une union mutualiste est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la mutualité (livre III, activités à caractère sanitaire ou social).

<sup>66</sup> Les différents gestionnaires relèvent de l'économie dite du 3ème secteur qui rassemble les associations, fondations, mutuelles, organisations non-gouvernementales et organisations religieuses. Ce troisième secteur est fondé sur le principe d'initiative privée non lucrative (par opposition aux secteurs public et privé lucratif).

## B) Les valeurs pérennes et la gouvernance actuelle

Dans le prolongement de ses prédécesseurs, la mission déclarée du gestionnaire actuel est de répondre aux **besoins spécifiques des personnes dépendantes, malades ou atteintes d'affections chroniques invalidantes, quel que soit leur âge**. Il s'engage pour la préservation *d'un secteur privé à but non lucratif fort sur les territoires* afin de favoriser *l'accès aux soins pour tous*, notamment les populations *les plus démunies*. Il inscrit son action dans une double dynamique : améliorer continuellement *la qualité de la prise en charge* des personnes accompagnées ou accueillies à toutes les étapes de *leurs parcours*, et chercher constamment à répondre dans une **logique de proximité aux besoins insuffisamment ou non pourvus sur les territoires**. Cette orientation véhicule les valeurs du gestionnaire et expose **des idées-forces nombreuses et en parfait accord avec le projet d'adapter l'EHPAD pour mieux accompagner les résidents** ayant une pathologie psychiatrique : attention particulière aux besoins spécifiques, abolition des frontières parfois pénalisantes entre les "statuts" de malade, de personne handicapée, de personne âgée dépendante pour considérer la personne en tant que telle, résolution à apporter des solutions aux besoins peu, pas ou mal couverts, recherche d'une réponse dans la durée et respectueuse des parcours de chacun, désintéressement et priorité donnée à l'accessibilité territoriale, sociale et financière.

Cette vocation affirmée en ces termes est l'œuvre raisonnée des organes de gouvernance devant lesquels un projet de nature stratégique, comme la création d'une unité spécialisée au sein d'un EHPAD, doit naturellement être présenté pour une nécessaire validation. A ce titre, il est utile d'évoquer en quelques lignes l'organisation de la gouvernance du gestionnaire. Celui-ci étant opéré par un groupe d'acteurs mutualistes, chacun d'eux est représenté par un collège de délégués au sein de l'Assemblée générale (AG) qui désigne les membres élus du conseil d'administration (CA), au sein duquel siège un bureau de quatre membres. Le président du CA actuel présidait déjà le conseil de l'ancien gestionnaire. Parmi ses différentes attributions, le conseil d'administration nomme le directeur général (DG) qui est *de facto* membre invité du CA. En tant que membre du conseil, le directeur général représente le CA, il définit les orientations stratégiques qu'il met en œuvre avec une équipe de direction resserrée (secrétaire général, direction des ressources humaines, direction financière, directions des pôles-métiers, chargé de mission développement) à laquelle sont rattachées les autres fonctions supports<sup>67</sup>.

Le directeur général représentant le CA organise un "comité de pôle" (CDP) trimestriel qui est l'instance où se rencontrent *le politique et le stratégique* : où les directions

---

<sup>67</sup> La communication, le service informatique et systèmes d'information, le service qualité et le service maintenance et sécurité sont rattachés au secrétariat général et à la direction des ressources humaines.

d'établissement présentent les projets stratégiques<sup>68</sup> nécessitant la validation de *l'organe politique*. Chaque mois, les directions de pôle réunissent en "comité exécutif" (COMEX) les directions d'établissement de leur périmètre : le COMEX est l'instance où se rejoignent *le stratégique et le managérial*, où s'échange l'information entre siège et établissements. Ainsi, en accord avec les valeurs du gestionnaire et en sa qualité de représentant du conseil d'administration, **le directeur général a apporté en comité de pôle son soutien et sa validation au projet d'Unité dédiée en EHPAD**, étape décisive pour la Résidence "Clémence Charles", résidence que nous allons analyser dans les prochains chapitres.

### 2.2.2 L'établissement

#### A) L'histoire de l'établissement

Fondé à la fin du XIXe siècle, "l'Asile de vieillards Clémence Charles " s'attachait à offrir un refuge aux personnes âgées les plus démunies nécessitant des soins. L'histoire de la maison est donc ancienne et l'attention, toute particulière, portée aux personnes les plus fragiles présentant une conjonction de grandes difficultés sociales, économiques, familiales et sanitaires s'est constituée dès l'origine comme valeur fondatrice de la maison. **Cette histoire n'a jamais cessé de nourrir l'identité de la Résidence "Clémence Charles" jusqu'à la période contemporaine.** Encore aujourd'hui, les équipes expriment leur fierté d'œuvrer dans une maison qui accueille des résidents que d'autres établissements refuseraient du fait de la complexité des profils et des situations. Cet enracinement dans la vocation historique de la Résidence "Clémence Charles" est conscientisé par les professionnels et engendre concrètement un surcroît d'engagement dans la mise en œuvre d'un accompagnement humain et bientraitant des résidents.

#### B) La Résidence "Clémence Charles", un EHPAD aujourd'hui

L'établissement est officiellement un EHPAD par décret du 30 juin 2007. A la signature de la convention tripartite en 2007, la capacité autorisée de 89 places est ramenée à 85 places installées afin d'éviter les chambres jugées trop exigües. **Ces espaces vacants sont des ressources disponibles pour le projet d'adaptation de la prestation de l'EHPAD aux besoins spécifiques des résidents ayant une pathologie psychiatrique.**

Des lois principiellles et organisationnelles du 2 janvier 2002 qui replaçait l'utilisateur au cœur de l'action sociale et médico-sociale et du 21 juillet 2009 qui prévoyait la création des ARS et la procédure d'appel à projet à la dernière loi d'adaptation de la société au

---

<sup>68</sup> Tel fut le cas pour la présentation du projet d'installation d'une Unité dédiée à l'accompagnement des résidents ayant une pathologie psychiatrique en EHPAD.

vieillesse (ASV)<sup>69</sup> qui instaure la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) se substituant aux conventions tripartites (CTP), de nombreux textes encadrent l'activité des EHPAD.

Sur le plan budgétaire, la logique organisée suivant les trois sections tarifaires (dépendance, soins, hébergement) demeure valide. **Je relève plusieurs conséquences budgétaires liées à la présence de personnes ayant une pathologie psychiatrique** dans la Résidence "Clémence Charles" et, pour la majorité d'entre eux, aux difficultés socio-économiques associées. **La dotation "dépendance"** ne concerne par définition que les personnes âgées d'au moins 60 ans et dépendantes au sens de la grille AGGIR<sup>70</sup>; or, cette dernière sous-valorise nettement les besoins d'accompagnement des personnes ayant un trouble psychiatrique. Ces résidents, s'ils sont autonomes physiquement, peuvent être exclus du champ de la dépendance et des financements qui y sont associés, alors même que la pathologie rend leur accompagnement impératif et consommateur en aide humaine. **La dotation "soins"** est déterminée suivant une formule mathématique prenant en compte la dépendance *via* l'indicateur Gir moyen pondéré (GMP)<sup>71</sup> et les besoins sanitaires *via* le Pathos moyen pondéré (PMP)<sup>72</sup>. Là encore, la sous-valorisation des besoins d'accompagnement des personnes ayant une pathologie psychiatrique traduite par la grille AGGIR influe le GMP et *in fine* impacte négativement le niveau de la dotation soins. Enfin, **la section « hébergement »** est financé par le prix de journée hébergement facturé au résident. En cas de ressources insuffisantes, le département verse la part manquante *via* l'aide sociale. Mais ce financement n'interviendra qu'après émission d'une facture tenant compte des ressources de la personne, or établir les droits et les revenus est parfois long et complexe dans le cas de personnes délirantes ayant vécu à l'étranger, en rupture de liens familiaux et parfois "trouvée" dans la rue avant l'hospitalisation qui les conduit ensuite vers l'EHPAD. Un décès survenant avant la facturation peut générer une perte nette pour un établissement.

Mais la résidence "Clémence Charles" reste fidèle à son histoire, et ce risque comptable ne l'empêche pas d'agir en faveur de personnes en grande difficulté. Sa mission implique de "prodiguer à chaque personne âgée, *suivant ses besoins spécifiques*, des soins et un accompagnement adaptés". **Mais, pour ne pas rester lettre morte, cet engagement**

---

<sup>69</sup> Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement disponible sur internet à l'adresse

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>

<sup>70</sup> La grille AGGIR permet de définir le Groupe Iso-Ressources classé de 1 (très dépendant) à 6 (non dépendant). Les GIR 1 à 4 donnent droit à l'APA.

<sup>71</sup> Le GMP résulte d'une formule mathématique pondérant les GIR de chaque résident, il résume le niveau de dépendance de l'ensemble des résidents de l'établissement.

<sup>72</sup> Calculé suivant une formule multifactorielle, le PMP fait l'objet d'une validation sur site par un médecin de l'ARS, il mesure le niveau de besoins en soins des résidents de l'établissement.

**proclamé doit s'appuyer sur les points forts de l'établissement, tout en considérant ses points de faiblesse.** Le chapitre suivant en fait l'examen, dans la perspective de l'installation d'une Unité adaptée à l'accompagnement psychiatrique.

## 2.3 Les leviers et les faiblesses

### 2.3.1 L'organisation et les moyens humains

Doté d'une équipe pluridisciplinaire de 57 salariés répartis en équipe hébergement (hôtellerie, restauration, buanderie et services généraux), équipe médicale (un médecin coordonnateur à mi-temps), paramédicale (une cadre de soins, trois postes d'infirmiers, un poste d'ergothérapeute à temps complet) et thérapeutique (une psychologue présente deux jours par semaine), une animatrice à temps plein et du personnel administratif et d'accueil<sup>73</sup>, **l'établissement dispose d'un taux d'encadrement de 0,67, supérieur au taux médian national<sup>74</sup>**, mais il reste très contraint étant donné les difficultés (résidents non francophones, sans lien familial, déments ou malades psychiatriques).

Depuis 2012, l'EHPAD a connu quelques difficultés du fait **d'un important *turn over* à la fonction de directeur** (une nouvelle direction, chaque année). Ce contexte a favorisé le développement d'une forme d'autogestion chez les professionnels et a créé des retards par rapport à certains attendus (projet d'établissement inexistant jusqu'en 2016, incomplétude de la base documentaire de qualité), mais a permis également l'éclosion de solutions innovantes venant du terrain dans l'intérêt des résidents. En effet, le sens de la mission institutionnelle, **l'attention à la satisfaction et à la qualité de vie des résidents** n'ont jamais cessé d'être des valeurs centrales pour l'ensemble du personnel.

Sur la question de l'accueil de résidents ayant un profil psychiatrique, une étude réalisée par les psychologues du travail en 2011 sur un tout autre sujet<sup>75</sup> faisait état des appréhensions de l'équipe proximale<sup>76</sup> face aux résidents malades psychiatriques. La retranscription des verbatims et leur analyse figurent en annexe 3. Force est de constater

---

<sup>73</sup> La qualité, l'informatique, la comptabilité, les ressources humaines sont mutualisées au siège.

<sup>74</sup> D'après l'Observatoire des EHPAD (avril 2014, KPMG), le taux médian national est de 0,59 en EHPAD privé non lucratif.

<sup>75</sup> Le cahier des charges de l'intervention des psychologues concernait la souffrance des professionnels face au déclin et à la mort des résidents.

<sup>76</sup> Nous reprenons cette terminologie à CONNANGLE et VERCAUTEREN, pour qui l'équipe "proximale" désigne les professionnels au contact des résidents (notamment les aides-soignants, les agents de service) par opposition à l'équipe "distale" qui regroupe notamment les postes administratifs et d'encadrement. Les auteurs expliquent qu'il y a souvent césure, opposition dans la sociologie des établissements médico-sociaux entre ces deux équipes. *in* CONNANGLE S. et VERCAUTEREN R., 2010, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées*, 2<sup>e</sup> édition, Paris : Érès, 152 p.

que **la situation a, depuis lors, considérablement progressé dans le sens de l'apaisement** : l'accompagnement depuis des années de résidents manifestant des troubles psychiatriques sans que jamais ne soit survenu le moindre incident significatif a progressivement modifié les représentations du "fou" chez les salariés. Toutefois, **il subsiste une certaine perplexité des professionnels** intervenant au quotidien qui peuvent avoir le sentiment de ne pas toujours comprendre et savoir *comment venir en aide* auprès de ces résidents plus jeunes, plus valides et peu enclins à rentrer en relation.

Face à l'acuité des besoins, l'EHPAD est donc doté d'un personnel dans une volumétrie très contrainte : **une dotation clairement insuffisante** pour le poste de psychologue et **certaines qualifications absentes** (psychomotricien, AMP, moniteur-éducateur) apporteraient un réel différentiel de qualité dans la prise en soin des résidents avec un profil psychiatrique. **Le tableau synthétise le diagnostic "RH" de l'établissement.**

| Leviers   | Faiblesses  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de personnel supérieur à la moyenne</li> <li>• Directeur en poste à titre pérenne</li> <li>• Sens de l'initiative des salariés</li> <li>• Engagement de bienveillance des salariés</li> <li>• Envie de venir en aide auprès des résidents avec un profil psychiatrique</li> <li>• Envie de formation</li> <li>• Evolution du personnel sur l'accueil de personnes avec un profil psychiatrique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotation trop juste en regard de la complexité</li> <li>• Dotation psychologue insuffisante (0,4 ETP)</li> <li>• Rotation rapide des directeurs jusqu'en 2016</li> <li>• Niveau de rémunération faible</li> <li>• Crainte originelle vs profils psychiatriques</li> <li>• Perplexité du personnel sur la façon d'aider les résidents avec un profil psychiatrique</li> <li>• Qualifications manquantes à ce jour (psychomotricien, AMP, moniteur éducateur)</li> </ul> |

### 2.3.2 La place de la qualité

En s'appuyant sur le sens de la mission, le travail initié depuis 2016 de mise en conformité de l'établissement a pu avancer dans de bonnes conditions d'appropriation et "d'acceptation sociale", en dépit de la mise en œuvre ou de la révision de nombreux dispositifs formels<sup>77</sup>. Avec le support de la fonction qualité du siège, de nombreux protocoles, conduites à tenir, documents de traçabilité ont été actualisés ou instaurés et communiqués auprès des professionnels. **Les professionnels sont aujourd'hui dans**

---

<sup>77</sup> La visite de pré-admission, le protocole d'admission, la réunion et la synthèse des projets d'accompagnement individualisé, les modalités des transmissions et les plannings ont été revus, le recours régulier et étendu au dossier informatisé du résident, les réunions de service, les notes de services et la tenue hebdomadaire du comité de direction (le directeur, l'employée administrative, la gouvernante, le médecin coordonnateur et la cadre de soins) ont été généralisés.

**une dynamique nouvelle et manifeste**, ils sont avides de formations, de clarification des aussi très motivés par les mini-formations programmées sur différentes thématiques<sup>78</sup>.

L'analyse des rapports d'évaluations interne et externe, obligations nées de la loi 2002-2, livre des enseignements sur la capacité de l'établissement à rénover l'accompagnement auprès des résidents ayant des besoins spécifiques. **L'évaluation interne (EI)** menée en 2013 pointait déjà l'obligation de renforcer l'individualisation de l'accompagnement par l'outil des projets individualisés, le besoin de formation des agents de service et des aides-soignants pour s'adapter à l'évolution des personnes accueillies, la pertinence de redéfinir l'organisation et les rôles pour assurer une prise en soin adaptée, l'intérêt d'ouvrir l'établissement à son environnement et l'absolue nécessité d'intégrer un psychologue afin de répondre aux besoins des personnes ayant des troubles psychiatriques.

Conformément à la loi 2002-2, la Résidence "Clémence Charles" a fait procéder en 2013 à une **évaluation externe (EE)** deux ans avant le renouvellement de l'autorisation administrative. Les préconisations restent cantonnées aux dimensions classiques des EHPAD<sup>79</sup> et le rapport ne fait aucunement mention de la proportion de personnes jeunes admises en raison de leur pathologie psychiatrique. Néanmoins, nous pouvons lire *en creux* certains axes d'amélioration particulièrement déterminants pour la qualité d'accompagnement des personnes ayant une pathologie psychiatrique. Les conclusions du cabinet mettaient en évidence **la nécessité d'une individualisation effective de l'accompagnement en considérant les besoins spécifiques** et les facteurs de fragilité des personnes, en améliorant le recueil des besoins, attentes, habitudes de vie antérieures des résidents, en mettant en œuvre des projets personnalisés formalisés<sup>80</sup>, en déployant l'animation et la promotion de la vie sociale. Le cabinet relevait comme points d'excellence : le souci de bienveillance et la politique y afférant, l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur et la volonté de promouvoir les droits des personnes.

L'enjeu pour l'établissement, plusieurs fois signalé lors des évaluations, est manifestement celui d'une adaptation de l'accompagnement, fondée sur la connaissance des besoins et des attentes *de chacun* et la prise en considération, **le respect de cette individualité, essentielle à l'intégrité humaine**, dans l'élaboration de la prise en soin.

---

<sup>78</sup> Les approches non médicamenteuses, la maladie d'Alzheimer, l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, les contentions, la fugue et la liberté d'aller et venir, la sécurisation de la prise alimentaire, la chute, les escarres, les soins palliatifs.

<sup>79</sup> Le rapport évoque les sujets de la prévention et de la prise en charge des risques gériatriques (douleur, chutes, escarres, déshydratation-dénutrition, contentions, fin de vie).

<sup>80</sup> Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », ANESM, Décembre 2008.

## Le tableau suivant récapitule les éléments du diagnostic qualité.

| Leviers   | Faiblesses   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ethique, moteur du changement des salariés</li><li>• Dynamique de professionnalisation en cours</li><li>• Nécessité d'individualiser et d'adapter la prise en soin (EI) + (EE)</li><li>• Politique et pratiques de bientraitance (EE)</li><li>• Ouverture de l'établissement (EE)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Insuffisance dans l'individualisation et l'adaptation de la prise en soin (EI) + (EE)</li><li>• Retard documentaire en cours de correction</li><li>• Déficit de formalisation</li><li>• Animation et promotion de la vie sociale à déployer (EE)</li></ul> |

Or, cette ambition d'un accompagnement humain et de qualité ne saurait être réalisée sans une attention scrupuleuse à la promotion des droits et, ce faisant, à la question de la bientraitance et de l'individualisation des prestations. C'est pourquoi, nous en venons au diagnostic de l'EHPAD précisément sur ces dimensions distinctes et articulées.

### 2.3.3 Le diagnostic "bientraitance et promotion des droits de la personne"

A) La bientraitance et la nécessité d'adapter l'accompagnement aux personnes

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes rappelle par sa seule dénomination la responsabilité qui est celle de tout le personnel et singulièrement celle du directeur. Une personne âgée *dépendante* est par définition *dépendante d'autrui*, autrui qui détient dès lors un pouvoir sur la personne, cette dernière transférant *de facto* à ses accompagnants une partie des choix et des gestes qu'elle ne peut plus effectuer pour assurer ses besoins primaires et sa sécurité, se sentir aimée et utile, éprouver du plaisir et préserver ses capacités et la liberté de choix encore possible. **La responsabilité morale des accompagnants est à la mesure du pouvoir déplacé sur eux : immense.** L'attention est portée à juste titre sur le risque de maltraitance et la loi définit assez clairement ce qu'est la maltraitance<sup>81</sup>. Mais l'ambition du secteur social et médico-social dépasse le droit commun qui pénalise la maltraitance ; l'enjeu devient celui de la bientraitance<sup>82</sup>, concept dont la définition est moins stabilisée tant la bientraitance est protéiforme, déployée dans la complexité, dans la relation interpersonnelle, dans l'unicité de chaque situation. Par exemple, le point de basculement entre "sous-stimulation et sur-stimulation" ou entre "sous-protection et sur-protection" n'est jamais facile à déterminer. Au regard de la situation des personnes accueillies, la bientraitance en dépit de sa complexité conceptuelle reste une préoccupation, sinon une *obsession* centrale pour chaque EHPAD, et pour la Résidence "Clémence Charles". C'est pourquoi, un audit de l'accompagnement des résidents a été lancé en février 2016 sous mon impulsion.

<sup>81</sup> Définition de la maltraitance, Conseil de l'Europe, inclusion de critères de négligence, droit commun

<sup>82</sup> Pour une définition de la bientraitance, Cf. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, page 12, in [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf)

L'ensemble des métiers de l'EHPAD a complété une grille d'analyse intégrant 43 critères inspirés des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM<sup>83</sup> afin d'auto-évaluer les pratiques à l'aune de notre objectif de bientraitance. Après quatre sessions de travail collectives, **un auto-diagnostic partagé** des pratiques de l'établissement a été établi. Une nouvelle fois, il est ressorti en filigrane **l'insuffisante adaptation de l'accompagnement spécifiquement des personnes ayant une pathologie psychiatrique** qui "détonnent" dans le paysage de l'EHPAD :

- **les résidents jeunes ayant un profil psychiatrique ne se reconnaissent pas dans la population de l'EHPAD** et les professionnels eux-mêmes, s'ils ont dépassé depuis longtemps leur appréhension initiale, se sentent néanmoins désemparés en ne sachant pas comment intervenir auprès de ces personnes très autonomes physiquement,
- d'ailleurs, la parole et notamment **les plaintes somatiques** ne sont qu'insuffisamment entendues et considérées et le réflexe des professionnels tend en première ligne à proposer un relai par le psychiatre quand le médecin traitant pourrait intervenir,
- le **besoin de satisfaire sa liberté d'aller et venir** se heurte cruellement aux maigres dotations humaines d'un l'EHPAD qui empêchent la possibilité de sorties à la demande, aussi fréquentes que ne le souhaiteraient certains résidents requérant une aide humaine,
- la **vigilance sur les changements de comportement**, éminemment porteurs de sens, peut être améliorée d'après les propres déclarations du personnel soignant,
- le **souci d'intégration de ces résidents dans les activités et la vie sociale manque de concrétisation** du fait de l'écart générationnel, de la pathologie qui peut isoler et d'un moindre réseau familial et relationnel à l'extérieur.

Outre l'appui méthodologique de l'ANESM, l'établissement doit se fonder sur le droit, un outil puissant pour tendre vers un accompagnement bientraitant. En se référant à Kant qui définissait la morale comme la loi incorporée, le droit pourrait *a contrario* être défini comme un corpus venant compléter ce que la morale ne suffit pas à guider, non par manque d'humanité mais plus simplement par manque de connaissance et d'orientation face à la complexité de traduire le concept de bientraitance en actes quotidiens. Ainsi, la loi 2002-2 a souhaité remettre l'usager au cœur et les textes ont recherché l'effectivité de cette ambition : en instaurant les sept outils que nous connaissons et en tentant de saper l'asymétrie entre usager et institution à travers une logique nouvelle de contractualisation. **Mais la pierre angulaire de ce changement de paradigme** réside dans l'obligation de mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé, co-construit avec la personne. **Le tableau reprend les éléments du diagnostic "bientraitance et promotion des droits".**

---

<sup>83</sup> La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Juillet 2008, ANESM

| Leviers   | Faiblesses  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombreux enseignements de l'audit bientraitance réalisé en interne</li> <li>• Consensus sur le diagnostic</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effet miroir mal vécu par les résidents avec un profil psychiatrique</li> <li>• Réponse inadaptée aux plaintes somatiques</li> <li>• Manque de formation en "psychiatrie"</li> <li>• Liberté d'aller et venir entravée par les moyens</li> <li>• Faible inclusion dans les activités de l'EHPAD</li> </ul> |

B) L'individualisation et la nécessité d'adapter l'accompagnement aux personnes

Ainsi, pour répondre à cette obligation d'individualisation, l'établissement rédige avec le résident **un projet d'Accompagnement Individualisé du Résident dit "projet AIR"**. Ces projets coordonnés par la psychologue et l'ergothérapeute réunissent le personnel<sup>84</sup> sur un rythme bi-hebdomadaire. La personne concernée est naturellement la première contributrice au projet, même si son expression n'est pas toujours concomitante mais plutôt antérieure à la réunion afin de respecter son rythme de vie et parce que cette libre expression n'est pas toujours compatible avec les contraintes d'une réunion. Depuis 2013, ces réunions et l'écriture des projets AIR se sont inscrites dans les usages. S'il est encore parfois utile de canaliser l'expression des professionnels pour rappeler que le sujet est l'accompagnement bientraitant du résident et non leurs difficultés d'accompagnement (entendues dans un autre cadre), la qualité des contributions s'est accrue continûment. En 2017, le document-support du projet AIR a été revu pour le rendre plus opérationnel, car **l'enjeu pour la qualité de l'accompagnement est l'effectivité des actes** et des actions, plutôt qu'une sophistication désirable mais qui resterait inopérante.

En gardant à l'esprit que chaque situation humaine est évidemment unique et différente, que des généralisations infondées peuvent devenir aliénantes, j'ai noté dans le projet AIR des résidents avec un profil psychiatrique, quelques traits communs et besoins récurrents auxquels l'EHPAD répond de manière imparfaite ou parcellaire à ce jour. En cohérence avec les autres sources déjà citées, **j'ai pu extraire des projets AIR les observations suivantes** : le niveau d'accompagnement faible ou quasiment inexistant de la part des professionnels soignants étant donné le faible niveau de dépendance physique, la pauvreté relationnelle à l'intérieur et à l'extérieur de l'EHPAD, la tristesse, l'anxiété sous différentes formes, les accès maniaques ou délirants, la question de l'incurie et de propreté de la personne, ou des vêtements uniquement, ou de la chambre, le manque d'accès aux ressources extérieures. **Bien intimement intriqués, deux axes semblent**

---

<sup>84</sup> Sont conviés l'ensemble des agents de service et des aides-soignants de l'étage de la personne ainsi que l'infirmière, l'animatrice, les chefs de service, les deux coordinatrices de projet, le professionnel désigné comme référent de la personne depuis son admission et le directeur.

**se dégager. En premier lieu**, l'expression des troubles demande une action thérapeutique adaptée grâce aux ressources de la psychiatrie et de la psychothérapie, relayée de manière convergente par l'ensemble de l'établissement : la façon de communiquer et l'attitude de chacun, la vigilance et l'attention bienveillante, l'absence de sur-interprétation ou de sur-réaction et l'inclusion dans des activités socioculturelles participent de la lutte contre ces troubles. En sachant bien qu'il est relié à la pathologie, nous posons **en second lieu**, un autre sujet posant question : le difficile soutien de la capacité et de l'envie d'échanger, qui résume d'autres difficultés telles que la pauvreté des interactions avec les professionnels, les autres résidents, les éventuels soutiens familiaux et amicaux et le manque d'accès aux ressources extérieures pour des activités de loisirs qui pourraient étayer les habiletés, l'estime de soi et la sensation de plaisir toujours fragiles chez ces personnes.

Au sein de ces projets d'accompagnement individualisés comme dans l'ensemble des pratiques institutionnelles, j'analyse qu'il y a, malgré la spécificité des besoins, **peu de distinction** entre les résidents ayant des pathologies psychiatriques et les autres résidents, **et donc peu d'adaptation**. L'une des raisons expliquant cet état de fait est assez simple : la résidence est un EHPAD et les professionnels continuent de penser en tant qu'accompagnants de personnes âgées dépendantes, "l'atypie" des résidents jeunes ayant une pathologie psychiatrique semble être un point aveugle dans la prise en soin des professionnels. Mais il y a selon moi une autre raison, plus subtile. En dépit, mais aussi, *en raison* de la noblesse des intentions des professionnels, **l'idée de rendre spécifique l'accompagnement d'un public généralement stigmatisé peut emporter avec elle la crainte de stigmatiser ce même public**. Cette noble crainte sous-jacente et structurante enserme la pensée et peut entraver l'essor de solutions adaptées. A la suite d'Erving GOFFMAN<sup>8586</sup>, nous pourrions évoquer un phénomène de "stigmatisation par contre-stigmatisation", selon lequel des personnes perdent une partie de leurs droits du fait des préventions, des craintes de personnes qui ne veulent pas agir de manière stigmatisante. L'action que je souhaite mener pour adapter l'accompagnement auprès des personnes ayant une pathologie psychiatrique visera à corriger les manques observés lors de l'audit bientraitance, à assurer le respect des droits, à répondre aux besoins spécifiques identifiés dans les projets AIR tout en luttant contre le phénomène de "stigmatisation par

---

<sup>85</sup> Le sociologue américain Erving GOFFMAN a défini le concept de stigmatisation, suivant lequel un individu peut être rejeté parce qu'il porte un attribut singulier par rapport à son environnement, lequel tend à le réduire à cette singularité et à systématiser le lien entre cet attribut et le discrédit social. L'auteur a aussi défini le *courtesy stigma*, traduisible en français par "stigmatisation par proximité", qui atteint par extension les proches, le quartier jusqu'aux professionnels prenant en charge les personnes stigmatisées.

<sup>86</sup> GOFFMAN Erving (traduction française 1975). "Stigmate, Les usages sociaux des handicaps", Paris : Les Éditions de Minuit»

contre-stigmatisation" qui dénie la réalité et la spécificité du besoin par crainte de stigmatiser, cela : en utilisant l'outil de la formation et en édifiant une conception partagée de la pathologie psychiatrique. **Le tableau résume le diagnostic "individualisation".**

| Leviers   | Faiblesses  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ancrage des projets individualisés (projet AIR) dans les pratiques institutionnelles</li> <li>• Co-construction du résident à son projet AIR</li> <li>• Opérationnalité du dispositif projet AIR</li> <li>• Résidents non dépendants physiquement</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu d'occasion d'accompagnement soignant</li> <li>• Pauvreté des échanges inter-individuels</li> <li>• Manque d'activités adaptées"</li> <li>• Différenciation faible dans les projet AIR = peu d'adaptations</li> <li>• Phénomène subtil de stigmatisation</li> </ul> |

L'obligation d'adapter et d'individualiser la prestation est déjà contenue dans la loi, elle est également inscrite dans le projet d'établissement de la Résidence "Clémence Charles".

### 2.3.4 Projet d'établissement et pratiques institutionnelles

Dans le prolongement de l'audit bienveillance évoqué *infra* qui avait permis un premier travail salutaire de conscientisation des enjeux de bienveillance et d'amélioration continue de la qualité au sein des équipes, le premier projet d'établissement de l'EHPAD a été construit à mon initiative en 2016 et couvrira la période 2017-2021. En synthèse, le travail d'élaboration s'est appuyé sur l'ensemble des métiers de l'EHPAD ainsi que sur des intervenants extérieurs (soignants libéraux, prestataires en animation) qui ont pu offrir un regard complémentaire à celui des salariés enrichissant notamment les dimensions du soin technique ("CURE") et du prendre soin ("CARE").

Après une phase exploratoire d'analyse documentaire et d'enquêtes, cinq axes prioritaires ont été retenus engendrant la constitution de groupes de travail dédiés :

**- l'accompagnement adapté aux besoins spécifiques des résidents,**

- du soin technique au "prendre soin",
- l'animation et la promotion de la vie sociale,
- la famille et les proches, mémoires du passé, co-acteurs d'aujourd'hui et de demain,
- le projet architectural.

La question de l'accompagnement adapté aux besoins spécifiques des résidents traverse à l'évidence l'ensemble des axes. Intéressons-nous au premier axe qui lui dédié. Dans le projet d'établissement, la question de l'adaptation de l'accompagnement concerne d'une part les résidents touchés par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée ; d'autre part, les résidents présentant une pathologie psychiatrique. Le fait que 50% des résidents soient affectés par la maladie d'Alzheimer justifie l'ambition d'adapter la prestation aux besoins de ces personnes. Or, depuis plus d'une décennie, ces résidents sont devenus le public nominal en EHPAD et le personnel de la Résidence "Clémence Charles" a suivi sur

plusieurs années plusieurs séminaires de formation sur la maladie et leur compétence est mise en œuvre et aiguisée chaque jour. En outre, la reconstruction programmée de l'établissement a déjà prévu l'ouverture d'un PASA et de deux unités protégées destinées aux résidents concernés par la maladie d'Alzheimer. *A contrario*, l'adaptation de la prestation aux résidents ayant une pathologie psychiatrique restait un territoire vierge.

Elaboré en 2016, le texte du projet d'établissement sur l'accompagnement des résidents ayant une pathologie psychiatrique n'a pas le niveau d'aboutissement du projet présenté ici. Toutefois, le projet d'établissement identifiait déjà l'ampleur quantitative et la spécificité qualitative des besoins de ces résidents plus jeunes et ayant d'autres aspirations et nécessités de soins. **En synthèse<sup>87</sup>, il est inscrit dans le projet d'établissement** : la volonté ferme d'améliorer la qualité d'accompagnement, d'adapter le soin (et pour cela, de former et d'accompagner les professionnels existants, de recruter de nouvelles compétences en pertinence avec le projet de créer un accompagnement adapté), de décliner les activités socioculturelles et d'ajuster leur format pour les rendre compatibles avec les attentes et les capacités de ces résidents, d'engager une politique volontariste de mise en réseau avec les ressources du territoire, d'interroger la contrainte architecturale pour en faire une opportunité, tout en étant attentif à l'harmonie et la vitalité des relations entre *tous* les résidents et vigilant à la qualité de vie au travail perçue par les salariés.

**Le tableau reprend les enseignements du diagnostic "projet d'établissement".**

| Leviers  | Faiblesses   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration en 2016-17 du premier projet d'établissement</li> <li>• Dynamique collective et ouverte sur l'extérieur</li> <li>• Adaptation de l'accompagnement aux besoins spécifiques = AXE N°1</li> <li>• Proportion des résidents "psychiatriques" et spécificités des besoins identifiées</li> <li>• Personnel formé aux troubles du comportement et à la maladie d'Alzheimer</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune adaptation de l'accompagnement jusqu'à présent aux profils psychiatriques</li> </ul> |

Si l'élaboration du projet d'établissement a été le grand déclencheur de la réflexion sur l'adaptation de l'accompagnement, celle-ci profite également d'une fenêtre stratégique très importante pour l'exploitation et dans l'histoire de la Résidence "Clémence Charles", à travers la négociation d'un CPOM et la reconstruction totale de l'établissement, qui créent des opportunités nécessitant parallèlement une vigilance à la hauteur des enjeux.

---

<sup>87</sup> Une vue assez détaillée des engagements du projet d'établissement à destination des résidents présentant une pathologie psychiatrique figure en annexe.

## 2.4 Les opportunités et les points de vigilance

### 2.4.1 Le CPOM et la reconstruction : une fenêtre stratégique à saisir

Depuis le 1er janvier 2017, la généralisation des CPOM pour les EHPAD, introduite par l'article 58 de la loi ASV, est entrée en vigueur. Se substituant aux conventions tripartites (CTP) arrivées à échéance, ces contrats reprennent partiellement la logique des CTP puisqu'ils supposent une négociation entre le gestionnaire (et ses établissements<sup>88</sup>) et les autorités de tarification (ARS et Conseil départemental) afin de définir les ressources allouées et leur emploi dans le fonctionnement des établissements ainsi que les projets visant l'amélioration de la qualité et l'efficacité des accompagnements. Par voie de circulaire, les deux autorités ont retenu **la Résidence "Clémence Charles" parmi les établissements amenés à conclure un CPOM dès l'année 2017**. Ce calendrier a ouvert une fenêtre de négociation dont la Résidence "Clémence Charles" s'est naturellement saisie, **afin d'avancer un projet stratégique d'adaptation de l'accompagnement** pour une cohorte significative de résidents. La stratégie de négociation adoptée et le contenu de notre proposition sont précisés dans la troisième partie du mémoire.

Outre la négociation du CPOM, l'autre événement marquant de l'année est le dépôt d'un **plan pluriannuel d'investissement relatif à un programme de reconstruction totale** de l'EHPAD sur le même site. Un terrain limitrophe doit permettre l'agrandissement de la Résidence "Clémence Charles" qui portera sa capacité d'accueil de 85 à 104 places. L'opération dite "à tiroirs" permet une construction en deux phases, afin d'éviter la fermeture de l'établissement : l'ensemble des résidents accueillis s'installera dans un nouvel édifice attendant, avant que la résidence existante ne soit démolie et reconstruite. En effet, le bâti actuel accuse une certaine vétusté, les chambres sont exigües (15 à 17 m<sup>2</sup>), trois résidents sur dix ne bénéficient pas d'une chambre particulière et les locaux professionnels sont très insuffisants. Le projet architectural permettra de corriger ces défauts et prévoit, comme nous l'avons déjà évoqué, un PASA et deux unités de vie protégées, chacune accueillant quatorze résidents touchés par la maladie d'Alzheimer. Du fait des nuisances du chantier planifié de 2018 à novembre 2021, le taux d'occupation prévisionnel anticipe une baisse provisoire jusqu'à un minimum de 71 résidents : la proportion de résidents ayant un profil psychiatrique devrait donc augmenter au fur et à mesure des départs naturels des résidents "ordinaires" significativement plus âgés. **L'obligation de prendre en considération les besoins des résidents ayant ce profil n'en est que plus aigüe**. L'opération architecturale, l'installation d'un PASA et d'unités

---

<sup>88</sup> L'une des innovations notables des CPOM concerne leur périmètre : contrairement aux CTP, les CPOM peuvent inclure plusieurs établissements d'un même gestionnaire sur un territoire.

"Alzheimer" vont engendrer une dynamique nouvelle en apportant de nouvelles compétences et pratiques et un nouveau découpage des lieux de vie fondés sur les besoins spécifiques des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Ce modèle d'accompagnement bientraitant qui a, *sur le terrain*, à défaut d'études contrôlées scientifiquement, démontré son influence bénéfique sur la fréquence des troubles du comportement perturbateurs notamment, tire son efficacité de la compétence d'un personnel spécialement qualifié, d'un programme d'activités adaptées et d'une sectorisation de l'établissement. C'est à ce modèle que je propose de nous référer pour construire un dispositif adapté aux personnes ayant des troubles psychiatriques ; cette référence devant être amendée afin de répondre à une catégorie de besoins différents.

**Le tableau synthétise les éléments du diagnostic "CPOM et reconstruction".**

| Opportunités  | Points de vigilance  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouverture de la négociation CPOM en 2017</li> <li>• Présentation du projet d'une unité dédiée</li> <li>• Reconstruction totale sur site</li> <li>• Nouvelle dynamique liée à la reconstruction, et à terme à l'installation d'un PASA et d'unités "Alzheimer"</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausse de la proportion des résidents avec un profil psychiatrique durant le chantier</li> <li>• Difficultés supplémentaires dues aux nuisances de chantier (anxiété, possible décompensation des résidents ; stress des professionnels)</li> </ul> |

La réussite de cette entreprise dépend singulièrement des ressources de l'établissement mais également de sa capacité à les articuler avec les ressources du territoire.

#### **2.4.2 L'inscription de l'établissement dans le territoire**

A l'échelle de l'établissement, la politique de partenariat est un élément capital de sa stratégie. Fortement encouragée par les autorités, la constitution de partenariat est un outil particulièrement efficient pour améliorer l'accompagnement en s'appuyant sur les ressources disponibles du territoire. La Résidence "Clémence Charles" mène depuis plusieurs années **une politique dynamique de partenariats** et d'inscription dans le tissu local sur les plans sanitaires, médico-sociaux, mais également sociaux, politiques et socioculturels. Cette pratique du conventionnement est tirée par la nécessité dans un contexte local de désertification médicale, mais relève également d'un volontarisme réel de l'établissement. Il est aussi décisif de faire vivre ces collaborations, de les actualiser selon l'évolution des résidents et, le cas échéant, de les ranimer sachant que chaque collaboration est fortement "personne-dépendante". La qualité de coopération avec les ressources territoriales est donc à la fois point d'appui et point de vigilance pour le projet.

L'établissement jouit par ailleurs d'une **localisation géographique avantageuse**, à quelques pas de la médiathèque, du conservatoire, de la maison de la culture, mais également de parcs, de commerces (café, bureau de poste, grande surface), il est également bien desservi par les transports en commun (bus, métro, tramway). Cette situation privilégiée est à l'évidence une opportunité, si l'établissement est en mesure d'accompagner les résidents qui ne sont pas en capacité de sortir en totale autonomie.

**Le tableau résume le diagnostic " inscription de l'établissement dans le territoire".**

| Opportunités  | Points de vigilance   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombreux partenariats dont CMP, CATTP et un psychiatre libéral</li> <li>• Dynamisme et accessibilité des intervenants (commission de coordination gériatrique)</li> <li>• Marge existante de partenariats à nouer</li> <li>• Valoriser la position de 1<sup>er</sup> EHPAD du territoire développant une Unité dédiée à l'accompagnement de résidents ayant une maladie psychiatrique vieillissants</li> <li>• Inscription de l'EHPAD dans la vie de quartier</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité de faire vivre et de ranimer ces partenariats</li> <li>• Contexte de désertification médicale</li> <li>• Difficultés d'accès au soin en raison de la taille des files actives</li> <li>• Tentation exacerbée de fugue</li> </ul> |

## Conclusion de la partie 2

**La connaissance qualitative et quantitative** des résidents ayant un profil psychiatrique dans l'établissement permet de concevoir l'accompagnement adapté en tenant compte des besoins, d'enrichir nos échanges avec les partenaires du territoire et d'avancer des arguments auprès des autorités de tarification, fondés sur une information précise.

**Le diagnostic multi-dimensionnel de l'établissement** a démontré des points de faiblesse ou de vigilance relatifs à l'insuffisance des moyens humains, à l'absence de certaines qualifications et de formations en "psychiatrie", conduisant à une inadaptation et une individualisation insuffisante, un manque d'activités adaptées et des entraves à la liberté d'aller et venir.

*A contrario*, **l'établissement dispose de points forts** : une éthique et un engagement de bienveillance qui n'ont jamais failli, un ancrage des projets personnalisés, une évolution des représentations sur la maladie psychiatrique. L'EHPAD connaît une dynamique nouvelle, initiée depuis le travail du projet d'établissement, et qui s'est poursuivie avec le projet d'Unité, que nous allons évoquer à présent.

### 3 L'installation de l'Unité dédiée aux résidents ayant une pathologie psychiatrique dans l'EHPAD

La deuxième partie donnait à voir la réalité de la Résidence "Clémence Charles" en décrivant le public accueilli, tout particulièrement la cohorte de résidents ayant un profil psychiatrique, notamment sous l'angle de leurs attentes, de leurs besoins, de leurs difficultés et parfois de leurs points d'appui, puis en analysant *en miroir* les prestations et l'accompagnement mis en œuvre par l'EHPAD. Cette confrontation entre les besoins des résidents et la prestation de l'institution a permis de mesurer et de qualifier l'insuffisance, l'incomplétude, l'inadaptation donc, d'une prise en soin de ces profils de résidents dans un EHPAD de configuration standard. Ainsi, a-t-on pu lire *en creux* quels changements dans l'accompagnement étaient à entreprendre. **L'adaptation prévoit ainsi la création d'une Unité spécifiquement dédiée, articulant trois axes :**

- un **"Projet institutionnel" d'Unité dédiée** spécifique portant des objectifs et des modalités inédits dans l'EHPAD actuel,
- **l'évolution de l'aide humaine** en nombre et en qualification,
- **l'adaptation du lieu de vie.**

Cette unité, ces nouveaux objectifs et modalités d'accompagnement et "l'incorporation" de nouveaux métiers jusqu'ici absents de l'EHPAD, constituent sûrement un **bouleversement dans les représentations, habitudes et pratiques professionnelles.**

#### 3.1 Réunir les conditions d'une dynamique de changement

##### 3.1.1 Initier et manager le changement

Réussir le changement ne va pas de soi, il nécessite un **pilotage organisé et adapté** et une **approche managériale** apte à lever les freins et susciter l'adhésion. Les auteurs du management, les sociologues des organisations et, parmi eux, les spécialistes du champ médico-social apportent des éclairages que je retiens dans l'action opérationnelle.

Ainsi, pour AUTISSIER<sup>89</sup> et MOUTOT, la **conduite du changement suit trois étapes :**

- **une phase de diagnostic** (elle permet d'identifier le périmètre du changement en termes de processus, de structures, d'acteurs et de type de changement. Il s'agit de réaliser un cadrage qui permettra de définir les leviers les plus pertinents) ;
- **une phase de leviers** (elle prévoit la planification et la réalisation des actions de communication, de formation et d'accompagnement des transformations) ;

---

<sup>89</sup> AUTISSIER D., MOUTOT J.M., 2013, *Méthode de conduite du changement. Diagnostic. Accompagnement. Pilotage*, 3ème édition, Paris: Dunod, 252 p.

- **une phase de pilotage** (elle a pour objet de mesurer les résultats des actions du changement entreprises dans la phase de leviers mais également de mesurer l'évolution de l'activité et l'obtention des objectifs initiaux)".

La Résidence "Clémence Charles" a effet observé ces étapes, en réalisant un diagnostic préalable largement partagé, en planifiant les actions de communication et de transformations (décrites dans les parties suivantes) et en programmant des procédures d'évaluation (décrites en dernière partie de ce travail).

Si le **changement peut se planifier, son effectivité, sa réussite ne se décrète pas**. Nous savons bien avec CROZIER et FRIEDBERG<sup>90</sup> à quel point la marge de manœuvre de la direction peut être sapée et s'étioler si *les acteurs* à l'intérieur de l'établissement ne sont pas convaincus, rassurés, légitimés et *intéressés*, dans les différentes dimensions de ce terme. Le pouvoir d'inertie, ou à l'extrême de sabotage, n'est jamais nul et peut réémerger. En effet, il faut considérer que la dynamique organisationnelle est comme "*le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul*"<sup>91</sup>. **Dès lors, face à ces stratégies personnelles et ces forces centrifuges, comment agir ?**

MIRAMON apporte une première réponse en écrivant que " **cinq critères, tous inscrits dans une dynamique, sont avancés pour décrire et évaluer « une bonne gouvernance » : décider, organiser, motiver, prévoir et évaluer**". GACOIN<sup>92</sup> ajoute même que "*la formulation d'une commande interne reste un point de passage fondamental, elle marque une intention, une injonction, elle situe la place de chacun, elle officialise un calendrier, une issue*". Les deux réaffirment **la nécessité de donner un cap clair, d'expliquer la cohérence et de clarifier la mission : la communication est centrale**.

L'action ne peut, en effet, se départir de la communication, verbale et non verbale. En qualité de directeur, je mesure toute la portée de l'action du directeur pour l'institution : par l'action technique et opérationnelle, mais aussi par **ce que le directeur incarne, sa personnalité et son comportement, l'exemplarité qu'il donne à voir, la posture qu'il adopte**. La figure du directeur peut de manière sous-jacente ou évidente influencer en profondeur le fonctionnement institutionnel, comme l'a démontré KETS DE VRIES.

---

<sup>90</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, *L'acteur et le système*, 3ème édition, Paris: Editions du Seuil, 500 p.

<sup>91</sup> Ibid.

<sup>92</sup> GACOIN D., 2010, *Conduire des projets en action sociale*, 2ème édition, Paris: Dunod, 260 p.

Cette posture du directeur se traduit au quotidien dans son style de management. Mon caractère personnel s'accorde naturellement avec les préceptes du management situationnel que TISSIER<sup>93</sup> a fait connaître. D'ailleurs, comment concevoir qu'un management identique, à tous et toutes situations, serait efficace, et même seulement possible ? **En s'adaptant à l'interlocuteur et à la situation, le management situationnel, qui prend en compte le niveau de compétence et d'autonomie professionnelles, est plus efficace et opérationnel.**

Le "poids" du directeur dans l'organisation ne suffit pas à créer le changement. Il doit être **capable de susciter l'adhésion des acteurs pour faire advenir le changement**, et *in fine*, un projet innovant dans l'EHPAD actuel. A cette fin, j'ai impulsé une démarche participative qui s'est traduite en réunion d'information-communication et d'échange, puis par l'intégration de professionnels en différents groupes de travail thématiques traitant du projet, afin de mobiliser l'équipe "*en vue de franchir les rapides sans tangage excessif*"<sup>94</sup>.

### **3.1.2 Savoir écouter la parole des résidents**

J'ai déjà rappelé toute l'importance de la participation des usagers et, mieux encore de la co-construction du projet personnalisé et du projet institutionnel, telles que la loi 2002-2 les a gravées et diffusées dans les pratiques sociales et médico-sociales. J'ai également décrit dans quelle mesure la Résidence "Clémence Charles" s'était saisie de ces concepts principaux pour les faire vivre auprès des résidents. Mais l'effectivité de cette co-construction peut être difficile à réaliser pleinement, notamment du fait de l'inertie des représentations sociales minorant ou ignorant la capacité des personnes à élaborer et émettre eux-mêmes des choix. A ce titre, **je crois que le directeur d'un établissement est le premier acteur à même de faire évoluer les pratiques et les mentalités, par la posture qu'il adopte, l'exemplarité qu'il démontre.** Ainsi, après avoir évoqué en première partie, le cadre légal de la participation des usagers, puis en deuxième partie sa traduction dans l'établissement, je présente dans cette troisième partie la concrétisation de ce principe fondateur dans sa dimension empirique, narrative, au plus près du terrain.

---

<sup>93</sup> TISSIER D., 2001, *Management situationnel: vers l'autonomie et la responsabilisation*, 3ème édition, Paris: INSEP, 150 p.

<sup>94</sup> MIRAMON J.M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3ème édition, Rennes: Presses de l'EHESP, 150 p.

Dès le début de ma prise de conscience du décalage entre l'organisation et les pratiques institutionnelles de l'EHPAD avec les besoins de nombreux résidents ayant un profil psychiatrique, il m'est apparu essentiel d'aller à leur rencontre.

Que les résidents s'inscrivent dans un schéma déficitaire ou soient facilement enclins à produire des discours délirants, j'avais une conviction et une envie forte de rentrer en relation avec ces résidents. Je voulais entendre leur voix, écouter leur parole et connaître leurs besoins, leurs attentes, mais aussi me confronter à leurs frustrations et leurs sujets d'insatisfaction. Je me sentais porté par l'intérêt intellectuel de discerner les motifs d'intérêt et de satisfaction de ces résidents dont le discours peut être difficile à suivre, mais l'origine et la force de ma motivation était avant tout "humaine" : je voulais "rencontrer" une personne et instaurer un échange d'abord et, peut-être, plus tard créer une relation. Je l'ai fait avec assez de naturel mais surtout de patience pour progresser sur cette voie, en éprouvant aussi parfois des difficultés et des sentiments d'insuccès.

J'ai imaginé et programmé un dispositif visant à permettre la mise au jour de cette parole et sa réception par l'institution, suivant plusieurs étapes. **Dans un premier temps "préparatoire"**, je me suis cantonné à saluer chaque jour et de manière méthodique l'ensemble des résidents ; j'en suis ensuite venu à nommer chaque résident et à échanger quelques mots de cordialité ; enfin, j'ai fini par tendre systématiquement la main à mes interlocuteurs. Je savais que, pour certains d'entre eux, plus personne ne leur serrait plus la main depuis longtemps et je voulais les rétablir dans leur intégrité. Personne ne refusa cette main tendue.

Après cet apprivoisement réciproque, j'ai pu, **dans un second temps, parler davantage** avec certains résidents. Ces temps survenaient de manière incidente, dans des endroits neutres, afin que les résidents ne se sentent ni écrasés par le cadre institutionnel (le bureau du directeur, du médecin, la salle de réunion), ni envahis dans leur intimité (leur chambre, leur table de salle à manger). Trois règles me guidaient dans ces échanges : je n'évoquais pas le passé tant il pouvait être traumatique, j'évitais l'humour auprès des résidents interprétatifs ou n'appréhendant pas ce mode ; enfin, je sondais les aspirations sans faire naître ou nourrir de faux espoirs. Ce réglage fin de la conversation, le respect du rythme et de l'élocution, cette entrée en relation progressive, le souci de préserver le temps et l'espace de la personne et la volonté sincère de permettre l'éclosion de la parole n'ont pu éviter un certain nombre d'échecs, se matérialisant en refus de parler, en désaccords ou en approbations irréflechies et systématiques à toutes mes propositions.

Mais cette démarche a connu,  **dans un troisième temps, une suite inédite dans l'EHPAD, consistant en une réunion participative** avec les résidents concernés, sur le thème : "Projets, souhaits pour soi et pour la résidence". Après cette première réunion, d'autres réunions de travail ont été menées avec les résidents sur le projet d'Unité.

Cette attitude d'écoute, de ces résidents quelque peu délaissés, a eu un effet collatéral que j'espérais :  **le début d'une prise de conscience des professionnels** que des relations différentes et enrichies étaient possibles avec ces résidents également. Mais l'objectif premier était bien d'entendre les résidents. Et j'ai obtenu de l'information pure sur les attentes et les frustrations. Je ne reviendrai pas ici sur les souhaits individuels auxquels nous avons pu répondre (une résidente retrouvant sa fille en situation de handicap hébergée en MAS après des années, un résident partant un mois à Haïti, une résidente en pèlerinage à Lourdes, ...), les résultats globaux confirment surtout  **le sentiment d'abandon** de ces résidents, abandon familial, abandon institutionnel, abandon sociétale par leur orientation en EHPAD à 55 ans sans trouble gériatrique. Malgré les initiatives de la Résidence "Clémence Charles", certains connaissent aussi un  **sentiment intense d'enfermement**, qu'accroît d'ailleurs l'absence de liens à l'extérieur. Enfin pour certains, il résulte de ce ressenti de privation et de relégation un profond  **sentiment d'inutilité** (*"de toute façon, je ne sers à rien"*) ou d'auto-stigmatisation (*"ça va pas bien dans ma tête, c'est pour ça que je suis coincé là"*).  **Lutter contre cette auto-disqualification sociale, adapter les activités** en fonction de leur pathologie, de leur capacité et de leur génération,  **aider à maintenir les relations** personnelles à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement,  **rendre possible des sorties** nombreuses et sous diverses formes,  **rénover l'interaction avec les professionnels** en aidant ceux-ci à trouver leur positionnement constituent donc les objectifs forts du projet.

### **3.1.3 Communiquer et associer les autorités de contrôle et de tarification**

La promotion d'un projet requérant un accompagnement budgétaire ne peut que tirer avantage d'une démarche de transparence et de communication auprès des autorités de tarification.  **L'enjeu potentiel de cette action est d'inviter les autorités à devenir de véritables partenaires du projet** : communiquer auprès des autorités au fur et à mesure de l'avancement du projet peut permettre de crédibiliser ce projet, de l'enrichir, de connaître d'autres actions et acteurs du territoire afin d'améliorer et d'étayer le projet ; communiquer peut aussi favoriser l'acculturation de ces autorités à une problématique émergente ou aigüe mais localisée. Or, le projet d'inventer en EHPAD l'accompagnement adapté aux besoins spécifiques des résidents ayant une pathologie psychiatrique se trouve être à la fois une réponse à une problématique singulièrement vive au sein de la

Résidence "Clémence Charles", mais amenée à se généraliser sur les territoires et dans les EHPAD, tant la démographie de ces profils se développent.

Déterminé à faire connaître cette réalité institutionnelle et populationnelle, j'ai cherché à faire connaître le projet de création d'une unité dédiée à l'accompagnement des résidents présentant une pathologie psychiatrique auprès des décideurs publics, dès la phase exploratoire du projet et tout au long de son avancement.

**Ce lien avec les autorités s'est construit en plusieurs étapes.** Dans un premier temps, j'ai évoqué le projet porté par la Résidence "Clémence Charles" avec les représentants du Conseil départemental et de l'ARS de manière informelle, lors d'une réunion de présentation conjointe des deux autorités. Etant donné les besoins du territoire et les effets démographiques et épidémiologiques exposés *infra*, mes interlocuteurs ont immédiatement montré un réel intérêt pour la question de l'orientation et de l'accompagnement des personnes psychotiques et vieillissantes. D'après leurs déclarations, le sujet était considéré comme l'une des priorités demeurant pendantes et faisait alors l'objet de travaux dédiés. Nous avons convenu de réévoquer ensemble cette question et le projet de la Résidence "Clémence Charles", ce qui fut fait dans le trimestre même, dans le cadre de la négociation du CPOM.

En effet, comme évoqué précédemment au sein du diagnostic, la Résidence "Clémence Charles" s'est naturellement emparée de l'opportunité offerte par **l'ouverture des négociations en vue de la signature du CPOM, pour présenter et défendre un projet** stratégique tel que l'installation dans l'EHPAD d'une unité adaptée à l'accompagnement de résidents avec un profil psychiatrique. Suivant le mode opératoire déterminé par les autorités, chaque établissement appartenant au périmètre du CPOM a produit un auto-diagnostic selon une trame définie par les autorités. Mais, en marge de cette trame imposée et figée, je me suis assuré auprès des deux autorités que rien n'interdisait de compléter l'auto-diagnostic et **j'ai donc élaboré pour la Résidence "Clémence Charles" un dossier de présentation du projet.**

Ce dossier entendait *objectiver la réalité du besoin* en explicitant la spécificité des besoins des résidents ayant une pathologie psychiatrique, en indiquant la taille de la cohorte concernée à l'intérieur de l'établissement et l'envergure de la demande sociale au-delà de l'établissement et en expliquant l'impossibilité actuelle de l'établissement de répondre de manière satisfaisante et adaptée à ce besoin ; *puis présenter la proposition* de l'établissement pour adapter son accompagnement *et la valorisation estimée des moyens* nécessaires à l'installation pérenne du projet.

A la date d'écriture de ces lignes, l'ARS et le Conseil départemental doivent reprendre date avec le gestionnaire afin d'initier un nouveau tour de négociation.

### **3.1.4 Communiquer et intégrer les partenaires pertinents du territoire**

Entretenir une relation fondée sur la confiance et la convergence des objectifs avec les autorités de tarification me semblait être une condition indispensable pour promouvoir le projet et réussir à convaincre. **A l'évidence, cette confiance des tarificateurs doit être nourrie par la crédibilité et la place qu'occupe l'institution porteuse du projet au sein du tissu territorial.** Ainsi, la faculté de l'établissement à prendre l'initiative et à construire ou s'inscrire dans un réseau de compétences et de partenaires territoriaux qui seront en capacité d'étayer son action ou de la relayer constitue-t-elle une condition vitale pour faire advenir et faire vivre le projet.

**Cette capacité à "faire réseau" est d'autant plus fondamentale** dans le cas d'un projet comme celui que la Résidence "Clémence Charles" promeut et qui présente une complexité accrue en se situant à la jonction des champs de la psychiatrie sanitaire, de l'accompagnement social et médico-social des troubles psychiatriques, principalement dans le cadre administratif du handicap psychique, ainsi que de la gérontologie et de la gériatrie. Cette triple conjonction ainsi que la volonté d'enraciner le projet dans le territoire m'ont amené à rentrer en relation avec les établissements, les services, les associations ou plateforme de concertation et coordination.

Cette démarche visait **3 objectifs : connaître, faire connaître, conclure des partenariats.** En premier lieu, il m'a semblé incontournable de **cartographier le territoire** afin d'identifier les ressources d'appui potentiel au projet et de compétences en psychiatrie ou en géronto-psychiatrie, les structures et services possiblement en recherche de solutions d'accompagnement pour personnes ayant une pathologie psychiatrique vieillissantes, les structures en mesure d'accueillir temporairement ou durablement les personnes si l'EHPAD se révèle inadapté. La base FINESS<sup>95</sup> et la recherche documentaire m'ont permis d'établir cette cartographie.

Le deuxième objectif était de **faire connaître le projet** de l'EHPAD "Clémence Charles" au cœur du territoire auprès de l'ensemble des parties prenantes déjà identifiées, en vue d'obtenir à terme un soutien technique et, ou politique. Concernant ce dernier point, j'ai présenté le projet auprès de l'UNAFAM et du Conseil local de santé mentale qui ont

---

<sup>95</sup> Cette base de données en ligne recense l'ensemble des structures, services et dispositifs appartenant aux champs sanitaire, social et médico-social. Elle est consultable à l'adresse : <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/recherche.jsp?mode=simple>

apporté une aide notable au projet, notamment en matière de réflexion et d'orientation vers des interlocuteurs pouvant contribuer au projet. Ce travail sur le terrain, de recherche d'appuis collatéraux et d'ébauche de réseau a eu un effet décisif sur l'avancée du projet, tant à l'intérieur de l'établissement qu'auprès des autorités décisionnaires de financement.

Le troisième objectif consiste naturellement en la **concrétisation de ces échanges** sous la forme de partenariats éventuellement formalisés par la signature de conventions, dont nous précisons les termes dans la partie 3.3.4.

## **3.2 Réussir le lancement du projet**

### **3.2.1 Organiser et mettre en place les différentes instances du projet**

L'objectif du pilotage de projet est de permettre l'ouverture de l'unité de vie dédiée le 1er juin 2018. Le pilotage du projet s'appuie sur l'architecture suivante : en tant que directeur de l'établissement, je suis le maître d'ouvrage et j'assure la maîtrise d'œuvre du projet car le futur responsable de l'unité dédiée, qui aurait pu tenir ce rôle, ne fait pas partie des effectifs, il sera recruté si les autorités valident le projet. **Un comité de pilotage**, réunissant le responsable des ressources humaines et la responsable qualité pour le siège, le médecin coordonnateur (MEDCO), la cadre de soins, l'animatrice, la psychologue, le président du CVS et moi-même, a été installé afin de suivre jusqu'à l'ouverture de l'unité, l'avancée des différents groupes de travail, les impacts sur le planning, les risques et les responsabilités associés, et d'arbitrer en cas de nécessité. L'équipe projet est composée des membres du COPIIL et des rapporteurs des groupes de travail thématiques.

En annexe, figure une vue très détaillée de l'organisation de la phase projet qui suit la logique suivante :

- suite à l'accord de la direction générale (Etape 0) ;
- j'ai informé les membres du comité de direction<sup>96</sup> en vue de mobiliser et fédérer l'équipe de direction (Etape 1) ;
- la première étape du projet consistait à constituer sous l'égide du directeur le comité de pilotage (Etape 2) ;
- en parallèle, un 1<sup>er</sup> groupe de travail piloté par la psychologue a effectué un travail de recherche sur le sujet afin d'assurer la montée en compétence (Etape 3) de l'équipe travaillant sur le projet ;

---

<sup>96</sup> Le CODIR est composé des professionnels suivants : directeur, employé administratif, gouvernant, MEDCO, cadre de soins.

- ce travail abouti a permis de présenter un projet affiné à la direction générale (Etape 4), pour un arbitrage éventuel notamment sur les orientations, les moyens et le budget. Cette validation a marqué le passage du mode avant-projet à communication restreinte au mode projet.

Nous avons alors communiqué officiellement sur un projet en construction mais déjà cohérent et référencé :

- vers les instances représentatives du personnel, les salariés, le conseil de vie sociale, les résidents et les familles, la communication étant naturellement clef dans la réussite du projet (Etape 5) ;
- les destinataires de cette phase d'information ont été invités à intégrer les groupes de travail ; un 2<sup>nd</sup> groupe de travail sous l'égide de la psychologue est en charge de déterminer le projet thérapeutique et le fonctionnement de l'unité de vie (Etape 6) ;
- en parallèle, le médecin coordonnateur anime le 3<sup>e</sup> groupe de travail chargé d'établir les conventions avec les différentes ressources territoriales intégrant le projet (Etape 7) ;
- simultanément, le 4<sup>e</sup> groupe de travail que je pilote avec le comité de direction, étudie des impacts prévisibles sur l'établissement liés à l'ouverture de l'unité (Etape 8) ;
- le projet a été présenté aux autorités de tarification (Etape 9)
- lors du dernier quadrimestre avant l'ouverture, j'animerai le 5<sup>e</sup> groupe de travail en charge de l'installation de l'unité de vie, du recrutement et de la formation des professionnels, de l'aménagement et de l'équipement des espaces (Etape10) ;
- j'organiserai la politique de communication externe trois mois avant l'ouverture programmée le 1/06/2018 (Etape 11) ;
- enfin, le 6<sup>e</sup> groupe de travail dirigé par le médecin coordonnateur suivra l'activité de l'unité après son lancement dans une logique d'ajustement et d'amélioration continue (Etape 12).

Je suis et serai particulièrement vigilant à la qualité de la maitrise d'œuvre : la constitution des groupes de travail, le respect des plannings et des livrables, la motivation et la compétence des animateurs des groupes, la définition des objectifs et le mode de fonctionnement adopté (nombre de réunions, fréquence, restitution, ...).

### 3.2.2 Présenter le projet

Nous l'avons évoqué dans la partie 311 : l'action ne peut se départir de la communication. L'équation est simple : il n'y a pas de projet innovant à l'échelle d'un établissement sans mobilisation collective, il n'est pas de mobilisation collective sans communication, considérée dans son sens noble et premier. Ainsi, l'adhésion des salariés est-elle une clé fondamentale pour faire naître un projet, *a fortiori* innovant dans l'EHPAD.

Or, **le premier acte de la mobilisation se joue dès la présentation inaugurale** du projet. A ce stade introductif, l'objectif n'est pas de co-élaborer le projet : je vise à informer mes interlocuteurs, à expliquer la cohérence interne de la proposition, à entendre leurs interrogations, à détecter les motifs de crainte et à les lever lorsqu'elles proviennent d'incompréhensions. Mais cette mobilisation ne se déclenche pas seulement par les arguments rationnels du projet, la composante émotionnelle est essentielle pour rallier les volontés autour d'un projet. Dans cette perspective, j'ai souhaité présenter le projet aux salariés lors d'une première réunion d'information, en présence du directeur de pôle dont la venue sur le site constitue en soi un événement pour la Résidence "Clémence Charles". La tonalité de cette présentation et les éléments de communication non verbale suivaient naturellement une double conviction qui était profondément mienne ; et là était l'enjeu pour moi : transmettre cette double conviction que l'accompagnement des résidents avec un profil psychiatrique devait absolument, inévitablement évoluer dans l'établissement pour atteindre un objectif de bien-être et que j'avais parfaitement confiance en l'établissement et ses salariés pour réussir la transformation nécessaire, à l'instar de la direction générale qui appuyait ce projet de *qualité pour les résidents*.

Parce qu'un excès d'information aurait nui à son intelligibilité, j'ai limité mon intervention à un "état des lieux" (le nombre de résidents concernés, leur sentiment d'abandon, d'enfermement, de décalage par rapport à la population de l'EHPAD, les conséquences en termes de troubles déficitaires et productifs, les conséquences pour les autres résidents et les professionnels), puis à la proposition de modifier cette réalité avec le soutien des professionnels qui en avaient la volonté en expliquant les objectifs et les modalités du projet d'adaptation de l'accompagnement.

Tous les salariés et les membres des instances représentatives du personnel se sont montrés attentifs et intéressés ; à juste titre, chacun s'est senti concerné. Après ma présentation et l'intervention du directeur de pôle qui confirmait l'intérêt et la confiance de la direction générale pour le projet porté par la Résidence "Clémence Charles", un temps d'échange avec les salariés s'est ouvert afin de permettre la parole et de répondre aux premières interrogations. Parmi les réactions positives, je retiens l'accord de tous sur le

constat que j'ai présenté et sur l'objectif de changer l'EHPAD pour ces résidents qui s'y sentent toujours étrangers. Des salariées ont spontanément proposé leur "candidature" pour un tel projet. Parmi les réactions plus mitigées ou inquiètes, une salariée a particulièrement retenu mon attention : selon elle, l'idée qu'une maison de retraite "*devienne comme un asile*" était pour elle "*impossible*", elle ajoutait que "*si ça se [savait], après plus personne d'autre ne [voudrait] venir*". Je lui ai répondu que je comprenais son inquiétude mais que l'unité ne serait jamais un "asile", mot d'un autre temps, et qu'elle aurait un nombre de places limité à 14 résidents, que les résidents concernés étaient d'ailleurs déjà tous présents dans l'établissement et que ce dernier n'allait pas changer radicalement. Enfin, j'ai rappelé que seuls les volontaires iraient travailler dans l'unité. La réunion a été conclue par le directeur de pôle qui a renouvelé *son soutien et celui de la direction générale à un projet qui en valait la peine*. **J'ai proposé en fin de réunion d'organiser une ou plusieurs sessions d'échange avec les salariés et les IRP.**

Une seule réunion d'échange, organisée le mois suivant, a suffi à éclaircir toutes les zones d'ombre. Grâce à l'argument du volontariat, les salariées ne se montraient pas inquiètes ou opposantes mais intéressées par les modalités d'intégration de l'unité en tant que soignants et sur le fonctionnement de l'unité et les moyens. Sur ces questions, je leur ai répondu **qu'elles-mêmes aideraient à définir cette unité** en participant aux groupes de travail qui leur seront proposés. Ces premières phases de présentation m'ont ainsi donné l'opportunité de repérer les enthousiastes qui pourront contribuer à emmener le projet jusqu'à sa réalisation et sa pérennisation.

Au cours du même trimestre, **le projet a été présenté au cours d'une "journée-famille" où s'est également tenu un conseil de vie sociale** ouvert à tous les résidents et aux familles. La question s'est alors posée de savoir comment évoquer le sujet sans être stigmatisant, ni blessant pour les résidents les plus concernés car, la maladie mentale demeure un tabou sociétal, comme l'a notamment rappelé Erving GOFFMAN. Plusieurs entretiens avec d'autres professionnels (psychiatre, psychologue, paramédicaux connaissant le handicap psychique, directeurs d'établissement dans le handicap psychique) m'ont aidé à préciser la meilleure option : celle de la transparence et de la discrétion. J'ai présenté le projet, sans omettre de rappeler que les résidents sont déjà hébergés depuis de nombreuses années, sans incident notable. J'ai également fait le parallèle, justifié à mon sens, entre les troubles psychiatriques (plutôt déficitaires) et les troubles neurodégénératifs (plutôt productifs) si usuels, et acceptés en EHPAD. Le CVS et les familles n'ont pas soulevé d'objections particulières au plan proposé de créer une Unité pour améliorer l'accompagnement de résidents, pour qui l'EHPAD manque d'adaptation aujourd'hui.

### 3.3 Définir le projet de l'Unité dédiée

#### 3.3.1 Le public et les besoins spécifiques

Nous avons fait état de la proportion de résidents présentant une pathologie psychiatrique (25% des résidents accueillis). Rappelons encore que cette statistique est sûrement minorée car fondée sur une **définition stricte de la pathologie psychiatrique** qui a écarté du périmètre retenu : l'ensemble des troubles liées aux maladies neurodégénératives de type Alzheimer et apparentées, ni intégré les troubles géro-psi-chiatriques "classiques" en EHPAD, comme le syndrome dépressif de la personne âgée puisque l'EHPAD est déjà en légitimité et en capacité de répondre à ce besoin.

Il n'en va pas de même pour les résidents présentant une pathologie psychiatrique sévère, survenue dans l'enfance ou l'âge adulte. Cependant, parmi les 21 résidents diagnostiqués, certains sont déjà très âgés et, comme pour tout un chacun, l'avancée en âge produit ses effets et efface les spécificités psychiatriques. **Lorsque le tableau gériatrique dépasse largement le tableau psychiatrique, le besoin de la personne devient réellement celui de l'accompagnement du vieillissement et de ses effets.** La médecine et plus précisément la psychiatrie corrobore cette analyse, en observant que l'âge va progressivement effacer les troubles productifs tels que les délires, les hallucinations, les comportements moteurs aberrants par exemple. En tenant compte de la réalité de ces personnes ayant un diagnostic psychiatrique, mais très affaiblies par l'âge et quasi-asymptomatiques, il serait bien inopportun de penser à inclure ces personnes très âgées dans une unité spécifique au seul motif d'un diagnostic ancien. Quand l'âge le dicte, ces personnes ont besoin et ont le droit d'être considérée uniquement en tant que personne âgée. Les contacts que j'ai noués au sein du territoire m'ont d'ailleurs confirmé que des résidents âgés en MAS et en FAM évoquaient eux-mêmes leur admission en EHPAD, car ils étaient fatigués et souhaitaient "*prendre leur retraite*", loin des stimulations organisées ou incidentes dans leur établissement. Pour ces résidents âgés actuellement dans l'établissement ou admis à l'avenir, l'EHPAD dans son organisation classique est une réponse adaptée.

En revanche, il est bien évident, et nous l'avons établi, que **l'EHPAD n'est pas pensé** dans la loi et la réglementation, ni doté en moyens matériels et humains (en quantité et en type de qualifications) pour prendre en soin de manière adaptée, satisfaisante et bienveillante, de résidents jeunes en respectant la spécificité de leurs besoins. En effet,

en étant accueilli dans l'EHPAD dès 55 ans<sup>97</sup> pour certains d'entre eux, **le motif de leur admission n'est aucunement gériatrique mais seulement lié à la pathologie psychiatrique et à la précarité économique, sociale et relationnelle** qu'elle a engendrée. Les besoins de santé et d'accompagnement correspondent alors à ceux des personnes *adultes* avec une pathologie psychiatrique.

Cette analyse m'a amené à concevoir la création d'une unité adaptée à ces résidents pour qui l'EHPAD et sa compétence gérontologique se révèlent être insuffisantes. En tenant compte du bâti, d'effets de seuil dans l'accompagnement humain et en considérant les profils des résidents avec un profil psychiatrique déjà présents dans la Résidence "Clémence Charles", j'ai évalué la capacité d'accueil de cette unité dédiée à 14 places, la capacité de l'EHPAD "ordinaire" se réduisant d'autant à 71 places.

Puisque nous envisageons les besoins de ces résidents à l'instar de ceux des personnes adultes avec une pathologie psychiatrique, j'ai repris de l'ANESM la recommandation de bonnes pratiques professionnelles<sup>98</sup> consacré aux spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques, qui a guidé notre réflexion et notre action d'adaptation de la prise en soin de ces personnes.

Le document de l'ANESM est articulé en six dimensions que nous figurons ici :

- la place de la personne, actrice et citoyenne,
- la vie relationnelle, affective et familiale,
- l'accompagnement vers et dans l'habitat,
- l'accompagnement dans la vie quotidienne et courante,
- l'accompagnement à l'emploi, à la formation et aux activités,
- la santé, prendre soin et accompagner vers les soins médicaux.

En adaptant cette grille pour l'appliquer à la prise en soin en EHPAD, nous avons poursuivi la réflexion suivant 3 axes :

- l'écriture et la mise en œuvre d'un Projet d'Unité (au sens de Projet institutionnel),
- l'ajustement de l'aide humaine, en quantité et en qualification, en formant, en recrutant et s'adjoignant les ressources du réseau territorial ;
- l'adaptation du lieu de vie pour ces résidents.

---

<sup>97</sup> Une nouvelle fois, il nous faut relever que ces résidents avec un profil psychiatrique pourraient ainsi vivre plus de 30 ans dans l'EHPAD, alors qu'un résident "classique" y séjourne environ quatre ans. Le calcul de la présence relative de ces profils doit intégrer cet aspect de la problématique.

<sup>98</sup> ANESM, 2016, RBPP Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques

### 3.3.2 Le projet d'unité

L'adaptation de l'accompagnement des résidents présentant une pathologie psychiatrique au sein de la Résidence "Clémence Charles" se rend concrète par le projet d'installation d'une unité dédiée à ces résidents dont le versant psychiatrique prévaut sur le versant gériatrique. Dans l'industrie comme dans l'action médico-sociale, une entité productive est définie par trois facteurs : le capital matériel, le capital humain et l'organisation<sup>99</sup> de leur interaction. Nous évoquerons les deux premières dimensions mais nous commençons par traiter de l'organisation, ou en traduisant dans le langage médico-social, du projet d'unité. En effet, ce projet d'unité, qu'il faut entendre non dans le sens de "gestion de projet" mais dans celui de "projet d'établissement ou de service" élaboré à l'échelle de l'unité dédiée, constitue l'élément fondateur et structurant de l'adaptation de l'accompagnement des résidents ayant une pathologie psychiatrique. Avant d'exposer la déclinaison des principes directeurs de l'unité dédiée, je souhaite présenter le cœur éthique de cette nouvelle prise en soin.

#### A) L'éthique au cœur de l'intervention

Comme la personnalité et la posture de la direction et des cadres forgent les pratiques réelles au-delà des protocoles écrits, le positionnement éthique s'il a été suffisamment travaillé et partagé a un pouvoir extrêmement fort de transformation des pratiques. J'ai pu constater à quel point le consensus établi sur le sens, les valeurs et l'éthique ainsi que le "rappel à ceux-ci" permettent de renforcer la mise en application réelle de pratiques renouvelées.

Pour cette raison, j'ai considéré comme une priorité de faire travailler par les professionnels, aidés de certains résidents concernés, le socle principal et éthique qui doit guider l'action au sein de l'unité. Le fruit de ce travail collégial s'est matérialisé sous la forme d'une "Charte de l'Unité dédiée" qui déploie 7 principes partagés, écrits à la première personne du singulier que je présente ici.

---

<sup>99</sup> LORINO P. 1991, *L'économiste et le manager*, Paris : Editions La découverte

### Charte de l'Unité dédiée

**1<sup>er</sup> principe :** je sais que la personne accompagnée, quels que soient ses troubles, est une personne à part entière.

**2<sup>e</sup> principe :** la personne accompagnée a droit au respect de son être, elle n'est pas moi mais je la considère comme j'aimerais être considéré moi-même.

**3<sup>e</sup> principe :** je garde à l'esprit que l'ambition dans mon accompagnement doit être forte, les potentialités de la personne sont très souvent bien supérieures à ce que je peux imaginer.

**4<sup>e</sup> principe :** l'enjeu n'est pas de maintenir les capacités de la personne, mais d'augmenter son autonomie et ses compétences et de lui permettre de les exercer.

**5<sup>e</sup> principe :** la définition du projet personnalisé de la personne lui appartient en priorité, c'est elle qui le construit avec le soutien des professionnels.

**6<sup>e</sup> principe :** je suis attentif à maintenir et promouvoir les liens des personnes de l'unité avec l'ensemble des résidents et avec leurs proches à l'extérieur de l'établissement.

**7<sup>e</sup> principe :** je recherche par mon accompagnement à apaiser la souffrance et les difficultés, mais aussi à multiplier les opportunités de plaisir et de joie des personnes.

Le registre langagier d'une charte conduit naturellement vers un ton plutôt emphatique et relativement directif. Si le format de la charte semble réduire artificiellement la complexité, elle joue pourtant bien là son rôle de phare, de visée et d'idéal. Sans nul doute, face aux difficultés et dans la réalité, dans l'hypothèse par exemple d'un projet personnalisé construit par la personne mais irréaliste ou d'impasse dans la relation à la collectivité ou l'augmentation des compétences, le discernement des professionnels amènera la visée si nécessaire, sans toutefois perdre de vue le 3<sup>e</sup> principe.

**Cette charte a fait l'objet d'un réel travail et a abouti à un consensus parmi les professionnels.** L'enthousiasme et la dynamique que j'ai observés chez les professionnels et les résidents contributeurs me rendent optimiste sur l'effectivité du changement souhaité dans les pratiques. Nous en venons à étudier la traduction en actes de ces principes d'intervention.

## B) Les missions spécifiques de l'Unité dédiée

L'objectif d'adapter en EHPAD l'accompagnement à destination des résidents ayant une pathologie psychiatrique encore peu ou pas concernés par le vieillissement constitue rien de moins qu'une **révolution paradigmatique à l'intérieur d'un EHPAD**. Les professionnels, quelle que soit leur qualification, vont en effet devoir revoir leurs "fondamentaux" et accepter un changement de modèle de pensée où l'on passe de l'idée de maintien des acquis à celle de développement des compétences et de l'autonomie. Dans cet objectif et *selon* cet objectif, **la co-construction du projet personnalisé par le résident lui-même devient un axe central du projet de l'Unité dédiée**, inscrit dans la charte. Un autre principe crucial de l'Unité, consigné dans la charte, est la hauteur de l'ambition que les professionnels ne doivent jamais cesser de concevoir et de mettre en œuvre auprès et *avec* les résidents concernés.

Pour répondre à cette ambition, je souhaite introduire dans la réflexion, dans l'écriture du projet et *in fine* dans les actes : les enseignements et les pratiques professionnelles qui ont démontré leur intérêt et leur efficacité dans les structures accompagnant les personnes en situation de handicap psychique. La littérature, les entretiens réalisés hors de l'établissement avec les professionnels dotés d'une expertise dans la prise en charge des pathologies psychiatriques, les contributions émanant des groupes de travail convergent vers deux approches que je souhaite intégrer au projet d'Unité dédiée :

- **la réhabilitation psycho-sociale** qui vise "le maintien, le développement et l'utilisation des habiletés sociales et fonctionnelles", selon l'ANESM ;
- **le "rétablissement"**<sup>100</sup> qui entend "favoriser la capacité à vivre avec les limites induites par la maladie mais aussi à en reconnaître les potentialités", toujours selon l'ANESM.

En articulant ces réflexions et principes d'action dans le cadre englobant de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sur les spécificités de l'accompagnement des personnes ayant des difficultés d'ordre psychique, les groupes de travail et le comité de pilotage ont pu aboutir à la définition des objectifs de l'Unité dédiée.

Ce cahier des charges, présenté ci-après, respecte l'architecture en six chapitres du document-référence de l'ANESM en le traduisant dans le contexte spécifique de l'EHPAD.

---

<sup>100</sup> DEEGAN E. P., août 2005, « Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation », Socrate-Réhabilitation *in* espace-socrate.com

## **Les objectifs de l'Unité dédiée :**

### **1/ La place de la personne, actrice et citoyenne**

- Lutter contre les phénomènes de stigmatisation, d'auto-stigmatisation, stigmatisation par proximité, stigmatisation par contre-stigmatisation
- Instaurer une réelle co-construction du projet personnalisé
- Rendre possible les sorties à l'extérieur pour respecter la liberté d'aller et venir

### **2/ La vie relationnelle, affective et familiale<sup>101</sup>**

- Maintenir et promouvoir les relations inter-individuelles à l'intérieur de l'EHPAD (pair-aidance, jeunes résidents aidants auprès des personnes âgées, maintien des liens avec l'ensemble de l'EHPAD)
- Permettre la vie affective et sexuelle réciproquement souhaitée dans l'EHPAD
- Lutter contre l'érosion du tissu relationnel extérieur en organisant des activités conjointes résident-proche, en invitant la famille à participer au projet personnalisé, en organisant le transport vers la famille

### **3/ L'accompagnement vers et dans l'habitat**

- Installer un espace dédié pour lutter contre l'effet-miroir mal vécu de la cohabitation avec les personnes très âgées
- Agencer un espace dédié à l'Unité qui soit contenant mais pas enfermante
- Augmenter le confort des chambres pour améliorer et enrichir leur vécu
- Privilégier un cadre de vie avec du passage et de l'animation pour répondre aux besoins des résidents
- Mettre à disposition une salle de calme et de relaxation
- Ne pas s'interdire de penser à une évolution du parcours hors de l'EHPAD quand c'est possible et souhaité

### **4/ L'accompagnement dans la vie quotidienne et courante**

- Redéfinir les modalités d'accompagnement pour "autoriser" et privilégier l'autonomie
- Eviter la sur-protection, synonyme de privation d'autonomie, en interrogeant régulièrement l'accompagnement mis en œuvre
- Inviter les résidents à réaliser ou participer aux tâches quotidiennes
- Etablir des programmes de soutien à l'autonomie orientés vers un objectif : sortie en autonomie, préparation des repas, gestion de son linge, autonomie pécuniaire ...

---

<sup>101</sup> Place de la famille <http://www.unafam.info/site/imprimerarticles8.php?type=1&id=361>

## **5/ L'accompagnement aux activités et aux loisirs**

- Etre en mesure de mettre en œuvre des suivis individuels (formats adaptés à leur profil, et pour certains : seuls formats adaptés)
- Organiser des activités thérapeutiques et de loisirs en petit groupe et en individuel (étant donné la difficulté de certains, face au groupe)
- Mettre en place des activités socioculturelles en adéquation avec leur génération
- Proposer des activités mobilisant leurs capacités physiques et corporelles
- Rechercher à l'extérieur de l'EHPAD des activités répondant au projet des personnes

## **6/ La santé, prendre soin et accompagner vers les soins médicaux**

- Améliorer la connaissance de tous sur la maladie mentale et les troubles psychiatriques
- Garantir l'accès aux soins somatiques et psychiatriques en interne et via l'intervention de ressources externes sur site ou à l'extérieur
- Promouvoir l'accès aux groupements d'entraide mutuelle
- Agir en connaissant le risque de non-recours au soin ou de refus de traitement
- Agir contre la sur-interprétation psychiatrique / sous-interprétation somatique
- Prendre en compte la surprévalence des maladies iatrogéniques
- Prévenir et lutter contre le risque addictif, en faisant appel au CSAPA le cas échéant
- Adopter une démarche de médecine préventive pour anticiper les risques somatiques et psychiatriques
- Repérer et agir sur la souffrance psychique
- Adopter une démarche de médecine préventive pour anticiper les risques somatiques et psychiatriques
- Apprendre à repérer les signes annonciateurs de crise pour les désamorcer ou hospitaliser quand c'est indiqué
- Assurer la continuité de prise en soin pendant et à la sortie de l'hospitalisation
- Développer une réflexion sur la sortie de l'Unité<sup>102</sup>

Comme évoqué, ces objectifs propres à l'Unité dédiée, spécifiquement adaptés à l'accompagnement de résidents avec un profil psychiatrique impliquent nécessairement une adaptation des aides humaines, et donc des ressources humaines de l'établissement.

---

<sup>102</sup> La fin de vie des patients présentant un trouble psychiatrique : des repères pour les professionnels in <http://www.spfv.fr/node/3120>

### 3.3.3 L'évolution des ressources humaines pour réussir le changement

A l'évidence, un tel changement de paradigme ne peut être envisageable sans une réelle **transformation des moyens humains disponibles**. L'adaptation de l'accompagnement aux besoins des personnes présentant une pathologie psychiatrique nécessite un double ajustement des ressources présentes de l'EHPAD : **en termes "numériques" d'une part, en termes de qualifications d'autre part**.

A) L'adéquation quantitative des moyens humains

Nul ne pourrait prétendre relever le défi de l'accompagnement adapté et bientraitant des résidents ayant un profil psychiatrique et encore éloigné du déclin entraîné par la vieillesse sans l'adjonction de forces nouvelles, ou de manière plus prosaïque : d'ETP supplémentaires pour accompagner les résidents au quotidien.

En effet, la spécificité des besoins et, en regard, l'accompagnement adapté requiert un taux d'encadrement bien différent des standards de l'EHPAD. Parmi l'ensemble des ajustements que je souhaite engager avec les professionnels de l'EHPAD, je me limiterai à ne citer que trois exemples d'adaptation ayant un effet important sur le taux d'encadrement : certaine pathologie psychiatrique sévère (comme la schizophrénie paranoïde, actuellement représentée dans l'établissement) oblige à proposer **des activités thérapeutiques individuelles** ou éventuellement en petit groupe aux résidents qui en sont affectés quand l'EHPAD "classique" prévoit une animation collective ; de même, l'ambition du **développement des compétences et de l'autonomie**, en lieu et place du soutien des capacités dans l'EHPAD, nécessite une aide humaine nettement plus nombreuse ; enfin, la **promotion de la liberté d'aller et venir** suppose une volumétrie en personnel disponible inconcevable avec la dotation présente de l'EHPAD.

L'ambition de proposer un accompagnement bientraitant qui corresponde aux besoins de ces personnes potentiellement âgées de 60 ans, ou par dérogation de 55 ans seulement nous rapproche des **modèles du FAM ou de la MAS** et réclame pour une prestation comparable un taux d'encadrement analogue. Or, ce taux d'encadrement avoisine 0,67 ETP par résident en EHPAD, contre environ *a minima* **1,20 ETP par résident** dans ces établissements. En appliquant ce ratio intégralement ou même seulement partiellement, **l'établissement trouverait des marges de manœuvre** au profit de la qualité de l'accompagnement. Mais cette qualité exige également l'entrée de nouvelles compétences que nous allons examiner à présent.

L'effet du différentiel de ratio d'encadrement évoqué *infra* apporterait l'équivalent de 7,4 ETP qui viennent compléter les ETP actuels de l'EHPAD<sup>103</sup>. Ce volume d'ETP deviendra, si les autorités de tarification le valide, une ressource spécifiquement allouée à l'Unité dédiée, permettant d'apporter de nouvelles qualifications adaptées et de renforcer la dotation standard de l'EHPAD sur certains postes. D'un point de vue macroscopique, l'organisation globale de l'EHPAD demeurera identique : les différents métiers (services généraux, administration, cuisine, animation, ...) continuant d'œuvrer auprès de *l'ensemble des résidents*. En effet, l'enjeu est bien d'inclure dans l'EHPAD les personnes ayant une pathologie psychiatrique grâce à un accompagnement adapté, et non de les exclure en les retranchant dans une Unité qui fonctionnerait en circuit fermé. Des ajustements organisationnels fins pourront à l'usage se révéler pertinents et être adoptés.

#### B) L'adéquation des qualifications et des compétences

Nous ambitionnons de prodiguer le meilleur accompagnement possible auprès des résidents, c'est pourquoi le modèle du FAM ou de la MAS en ce qu'il apporte une prise en soin dimensionnée pour des résidents ayant des troubles sévères mais à la mesure du champ médico-social m'a apparu pertinent. Par ailleurs, la vocation de l'Unité est comparable à celles des FAM ou MAS dans la volonté de développer les compétences, les habilités sociales et l'accès à une vie aussi proche de l'ordinaire que possible.

L'analyse comparée des organigrammes en FAM ou en MAS et les contributions issues des groupes de travail amènent à proposer l'organisation partagée suivante :

- **un éducateur spécialisé sera recruté et aura le rôle de référent opérationnel** de l'Unité en cohérence avec l'objectif de développement des compétences et de l'autonomie ;
- il encadrera un équipe éducative en capacité d'assurer des activités individuelles et en petit groupe, composée **d'un moniteur éducateur et deux AMP** (ou accompagnant éducatif et social) recrutés par mobilité interne, **un psychomotricien et un moniteur d'activités physiques** adaptées complètent à temps partiel le dispositif car la connexion corps et psychisme est un levier critique dans la prise en soin de personnes psychotiques et encore jeunes ;
- certains métiers verront leurs dotations augmenter étant donné la spécificité et l'acuité des besoins comme le poste de **psychologue, d'employé administratif** car la prise en charge administrative est complexe, **d'infirmier** car l'intégration d'un professionnel de soins ayant une expérience en psychiatrie apporterait une

---

<sup>103</sup> Le calcul donne en effet : 14 résidents x 1,20 = 16,8 ETP selon le modèle FAM/MAS, quand le taux actuel de l'EHPAD donnerait : 14 résidents x 0,67 = 9,4 ETP, soit un différentiel de 7,4 ETP dévolus à l'Unité.

qualité d'accompagnement nécessaire sachant que l'EHPAD est déjà en forte tension sur ce poste, et **d'ergothérapeute (par simple redéploiement interne\*)** car cette qualification vise particulièrement l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne, enjeu identifié de l'Unité ;

- enfin, l'Unité continuera de bénéficier de **l'entièreté des ressources de l'EHPAD** dans ses différents métiers, soit ramené à la taille de l'Unité l'équivalent de 9,4 ETP dont notamment 3 ETP d'aides-soignants<sup>104</sup> et 0,2 ETP d'animateur (soit une journée ou deux demi-journées d'animation spécifique par semaine, mais les résidents auront naturellement accès à toutes les animations de l'EHPAD, soit 10 animations hebdomadaires).

Les ressources humaines de l'Unité articulent ressources mutualisées de l'EHPAD et ressources propres, **en demeurant inférieures à l'enveloppe théorique calculée.**

| en ETP                      | Dotation EHPAD standard / 14 résidents | Besoin accrue de l'Unité vs Dotation EHPAD standard | Arbitrage à budget constant* | ETP dédiés supplémentaires | Dotation adaptée / Unité |
|-----------------------------|--|---|------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Direction                   | 0,2                                    |   |                              |                            | 0,2                      |
| Fonctions supports          | 0,1                                    |   |                              |                            | 0,1                      |
| Accueil                     | 0,2                                    |   |                              |                            | 0,2                      |
| Administration              | 0,3                                    | Oui   |                              | 0,5                        | 0,8                      |
| Animation                   | 0,2                                    |   |                              |                            | 0,2                      |
| Médecin                     | 0,1                                    |   |                              |                            | 0,1                      |
| Infirmier                   | 0,7                                    | Oui   |                              | 1                          | 1,7                      |
| Aides-Soignants (AS)        | 3,0                                    |   |                              |                            | 3,0                      |
| Ergothérapeute              | 0,2                                    | Oui   | 0,3                          |                            | 0,5                      |
| Psychologue                 | 0,1                                    | Oui   |                              | 0,4                        | 0,5                      |
| Gouvernante                 | 0,2                                    |   |                              |                            | 0,2                      |
| Agents hôteliers            | 3,4                                    |   |                              |                            | 3,4                      |
| Cuisine                     | 0,5                                    |   |                              |                            | 0,5                      |
| Services généraux           | 0,5                                    |   |                              |                            | 0,5                      |
| <b>Educateur spécialisé</b> |  | Oui   |                              | 1                          | 1                        |
| Moniteur Educateur          |  | Oui   |                              | 1                          | 1                        |
| AMP (AES)                   |  | Oui   |                              | 2                          | 2                        |
| Psychomotricien             |  | Oui   |                              | 0,5                        | 0,5                      |
| Moniteur APA                |  | Oui   |                              | 0,2                        | 0,2                      |
| <b>Total</b>                | <b>9,4</b>                             |   | <b>0,3</b>                   | <b>6,6</b>                 | <b>16,3</b>              |

L'impact annuel sur le groupe 2 (masse salariale brute chargée) des 6,6 ETP est de 250 k€.

### C) La reconfiguration des ressources humaines

Le plan d'actions en vue de l'installation d'une Unité dédiée requiert le **recrutement de compétences nouvelles ou insuffisamment présentes** dans l'établissement. Certaines compétences (AMP-AES) pourront être promues par mobilité interne pour des salariés ayant une double formation aide-soignant-AMP. Le lancement du recrutement sera entrepris lorsque les autorités de financement auront validé le projet présenté.

<sup>104</sup> Bien que comptabilisés dans la dotation standard de l'EHPAD, rien n'empêche que ces salariés *sur la base du volontariat* soient formés et spécialisés dans la prise en soin des résidents de l'Unité.

|                      | Recrutement                      | Personnel<br>actuel               | Personnel. actuel<br>(ajustement vol. contrat) | Mobilité<br>interne              | Formations<br>"Thématiques"       |
|----------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| Educateur spécialisé | X                                |                                   |  |                                  | X                                 |
| Moniteur Educateur   | X                                |                                   |  |                                  | X                                 |
| AMP (AES)            |                                  |                                   |  | X                                | X                                 |
| Psychomotricien      | X                                |                                   |  |                                  | X                                 |
| Moniteur APA         | X                                |                                   |  |                                  | X                                 |
| Psychologue          |                                  |                                   | X  |                                  | X                                 |
| Administration       | X                                |                                   |  |                                  | X                                 |
| Animation            |                                  | X                                 |  |                                  | X                                 |
| Médecin              |                                  | X                                 |  |                                  | X                                 |
| Infirmier            | X                                | X                                 |  |                                  | X                                 |
| Aides-Soignants (AS) |                                  | X                                 |  |                                  | X                                 |
| Ergothérapeute       |                                  | X                                 |  |                                  | X                                 |
| <b>Total</b>         | <b>6 Personnes<br/>physiques</b> | <b>10 Personnes<br/>physiques</b> | <b>1 Personne physique</b>                     | <b>2 Personnes<br/>physiques</b> | <b>19 Personnes<br/>physiques</b> |

L'objectif de mise en œuvre d'un accompagnement de qualité spécifiquement adapté aux besoins des résidents exige l'activation d'un **plan de formation** intégrant la question de l'accompagnement des personnes ayant une pathologie psychiatrique. Le programme de formation sera renforcé pour les professionnels intervenant exclusivement ou principalement dans l'Unité, mais il est important à mon sens qu'un "tronc commun" soit dispensé à l'ensemble du personnel, pour trois raisons : éviter l'écueil d'un clivage entre les "professionnels de l'Unité" et leurs collègues, travailler le risque toujours possible de stigmatisation (donc nécessairement à l'échelle de l'établissement) et parce que l'ensemble des professionnels est déjà et sera en interaction avec les résidents de l'Unité.

Des séminaires thématiques ou éligibles au tronc commun ont d'ores-et-déjà été repérés :

- Connaissance et accompagnement des personnes en situation de handicap psychique,
- Comprendre les comportements des patients ayant des troubles psychiatriques,
- Conduites à tenir en cas de crise,
- Savoir-faire et savoir-être face au handicap psychique,
- Développer les potentialités de la personne accompagnée par la valorisation du rôle social,
- Accompagner la personne dans son droit à la vie affective et sexuelle,
- Les conduites addictives,
- La toilette relationnelle.

Il existe des séminaires croisant psychiatrie et avancée en âge, mais aucun n'a été retenu car leur contenu traite des troubles psychiatriques *dus à l'âge* et non de l'évolution des troubles psychiatriques lors de l'avancée en âge.

A moyen et plus long terme, l'adéquation des qualifications et des compétences, des projets professionnels des salariés avec les besoins à venir de l'établissement s'inscrira dans le cadre de la **gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences**.

D) Les impacts corollaires sur les ressources humaines

Mon analyse et le diagnostic partagé me donnent confiance dans la capacité de l'établissement, de ses salariés et de ses résidents à accueillir les changements induits par l'installation de l'Unité dédiée. De plus, la perspective de possibles moyens supplémentaires pour un nombre de places inchangé et le fait que les résidents de l'Unité soient déjà présents laisse à penser que les conditions de travail ne devraient pas se dégrader. Toutefois, tout changement engendre des adaptations et des risques de stress professionnel. Dans cet optique, j'inviterai le **CHSCT** à surveiller cette problématique et je programmerai en tant qu'employeur des mesures pour lutter contre **les risques psychosociaux dans le plan d'actions du DUERP**. Par ailleurs, deux sujets retiennent mon attention. Je dois être attentif à **la préservation d'un esprit collectif, positif et solidaire**, à l'intérieur de l'EHPAD dans son ensemble, au sein de l'Unité et en dehors de l'Unité, ainsi que le refus d'un effet de partition entre les professionnels intervenant exclusivement ou principalement dans l'Unité et les autres salariés ; sur ces aspects, les craintes et les peurs ont été dissipées par les réunions de présentation et d'échange avec le personnel, les risques de résistance et de rejet ont été traités par le principe du volontariat et parce que l'établissement accompagne déjà des personnes avec un profil psychiatrique, je serai vigilant une fois l'Unité en fonctionnement à la menace de jalousies, de tensions et de divisions entre les salariés qui seraient perçus ou se percevraient comme "ceux de l'Unité" et les autres salariés. Un deuxième point de vigilance portera sur **la transformation réussie de l'établissement en organisation apprenante** où le savoir est partagé, cumulatif et accessible, où tous les salariés apprennent les uns des autres, dans un souci d'amélioration continue et de qualité durable. Afin de soutenir cet état d'esprit constructif, signe d'une bonne qualité de vie au travail, et d'aider l'avènement de cette organisation apprenante, je compte renforcer l'usage de **l'analyse des pratiques** et de **la supervision** afin d'épauler les salariés confrontés au changement et aux difficultés.

### **3.3.4 Les partenariats et le travail en réseau pour enrichir la prestation**

Outre les compétences qui sont ou seront disponibles en interne, l'adaptation et la qualité de l'accompagnement ne pourront que profiter de l'adjonction des ressources extérieures, présentes sur le territoire. **Nous avons déjà évoqué le travail de communication** et d'échange entrepris dès la phase initiale du projet, qui visait à **connaître** (cartographier le territoire sanitaire, social et médico-social dans sa définition large) et **faire connaître** le projet auprès des appuis et partenaires potentiels.

Le troisième enjeu consiste naturellement en la concrétisation de ces échanges sous la forme de partenariats, formalisés si possible par la signature de conventions. Ce travail encore en cours vise en particulier à **matérialiser ou redynamiser la collaboration avec la psychiatrie de secteur** (l'hôpital tête de secteur) et ses satellites (CMP, CATT, CSAPA) en vue d'optimiser la qualité de prise en soin des résidents, à **connaître et échanger avec les "adresseurs" potentiels** (notamment la MDPH, les SAMSAH, SAVS, CHRS, SMJMP, ESAT et foyers, mais également les EHPAD, éventuellement les FAM et MAS), à **nouer des relations avec des structures sanitaires ou médico-sociales** pour permettre une éventuelle sortie temporaire ou définitive de l'EHPAD et poursuite de parcours en son aval en cas de nécessité (MAS), ainsi qu'à trouver les partenaires en mesure d'accueillir temporairement les nouveaux entrants en cas de difficulté sévère d'adaptation lors de l'admission.

D'autres modalités rendues possibles par cette mise en réseau sont envisagées telles que des **formations mutualisées, des réunions croisées** sur les bonnes pratiques professionnelles et **des expériences "vis ma vie professionnelle"** inter-établissement.

### **3.3.5 L'adaptation du lieu de vie**

**Le cadre de vie est notoirement reconnu comme un levier de soin**, dans les différentes acceptions de ce mot. Son influence est maintes fois soulignée dans les recommandations de l'ANESM, les cahiers des charges de certaines méthodes non médicamenteuses<sup>105106</sup>. Dans le champ de la personne âgée, on peut ainsi relever que le Conseil de Paris a inscrit le concept de bientraitance architecturale dans son schéma gérontologique : *"la qualité du bâti a une influence sur l'image de soi pour les résidents et sur le regard des personnes extérieures"*. L'effet architectural est aussi souligné dans le champ de la psychiatrie<sup>107</sup>, la littérature insiste notamment sur la question de la place et l'ouverture des établissements par rapport à l'extérieur : la cité hospitalière, la ville.

Dans le cas présent, s'impose au projet la contrainte de l'architecture actuelle qui n'évoluera qu'avec la reconstruction du site et la réflexion ne peut donc porter que dans les limites du cadre existant. Néanmoins, l'adaptation du lieu de vie étant une dimension critique d'un accompagnement bientraitant, le comité de pilotage et les groupes de travail ont étudié la question avec attention. Une série de questions a été débattue : pourquoi

---

<sup>105</sup> <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-4-page-75.htm>

<sup>106</sup> <https://geriatries.fr/iatrogenie-et-architecture-interaction-entre-patients-ages-architecture-et-bientraitance/>

<sup>107</sup> [http://www.epsm-lm.org/400/Site\\_400\\_ans/podcast\\_files/EPsm%20400%20ANS%20-%20LA%20PEVELE%20-%2019%2003%202015.V4.pdf](http://www.epsm-lm.org/400/Site_400_ans/podcast_files/EPsm%20400%20ANS%20-%20LA%20PEVELE%20-%2019%2003%202015.V4.pdf)

une unité, une unité éclatée ou localisée, quel cahier des charges ? Les réflexions ont abouti aux résultats que je résume ici.

**L'unité correspond à la réalité du dispositif que nous voulons faire naître** : un lieu d'hébergement dispensant un accompagnement global répondant de manière adaptée aux besoins spécifiques d'une public précis. Les terminologies alternatives du type "dispositif, programme, pôle, spécialisation, service, accompagnement adapté" nous ont semblé insuffisantes pour transcrire la réalité du projet et son ambition. A contrario, cette terminologie, largement utilisée dans le champs sanitaire ou médico-social, participera de **son identification et de sa notoriété au sein du territoire**, auprès des autorités de tarification et du réseau de structures intervenant potentiellement en amont ou en aval de l'Unité. Mieux repéré, globalisant, tangible, cohérent avec le projet, le terme d'Unité a été retenu. Un travail doit être finalisé avec les résidents et les professionnels pour déterminer, en marge de la terminologie administrative que nous venons d'évoquer, comment dénommer, sans stigmatiser, cette unité dans le quotidien de l'EHPAD. Parmi les différentes hypothèses en lice, **"l'Unité pour Jeunes Résidents" (UJR)** semble rallier à elle la majorité des préférences.

**S'est ensuite posée la question de la localisation de l'unité.** Là encore, le travail collectif a permis d'avancer. Initialement, mon positionnement personnel s'orientait vers ce que je conceptualisais comme une unité "éclatée" où chaque résident concerné resterait dans son logement actuel avec ses repères. J'ai révisé mon idée initiale en me rendant compte que j'étais moi-même sujet au phénomène que j'ai auparavant désigné sous les termes de "stigmatisation par contre-stigmatisation" : les résidents perdraient leur droit à une Unité matérialisée en un lieu et aux avantages découlant de cette localisation, du fait de mes propres craintes que cette localisation explicitement identifiée aux pathologies psychiatriques ne soit stigmatisante. Or, lutter contre la stigmatisation, c'est d'abord lutter contre le tabou, l'identification du lieu en est un qu'il faut dépasser. **L'intérêt des résidents est que l'Unité soit effective et une localisation regroupée et située dans l'EHPAD aidera à "faire unité"**. Trois mesures fortes viennent soutenir la non-stigmatisation de cette Unité dédiée. Premièrement, si le fait de regrouper, en un espace donné, les résidents concernés par cet accompagnement adapté produit un effet de désignation, **le nom de l'Unité n'a rien de stigmatisant**, qu'il s'agisse du nom administratif ou du nom que les résidents et les professionnels choisiront pour le fonctionnement en interne. Deuxièmement, il est inconcevable d'imaginer une unité qui puisse dériver vers une ghettoïsation où les résidents seraient reclus et cachés : l'Unité sera naturellement un **espace ouvert à l'intérieur de l'EHPAD**. Troisièmement, **l'Unité sera localisée au rez-de-chaussée** pour écarter le risque de ghettoïsation et

d'éloignement stigmatisant d'une part, et parce que de nombreux résidents psychotiques sont rassurés par le mouvement et le passage<sup>108</sup>, d'autre part.

Dans cette configuration, le salon ainsi que des chambres inutilisées car trop petites au rez-de-chaussée sont réhabilités en espaces privatifs à disposition des résidents de l'Unité, rendant possible l'organisation concomitante de plusieurs activités en petit groupe.

### 3.4 L'évaluation de l'Unité dédiée

#### 3.4.1 L'évaluation à court et moyen terme : mesurer pour corriger et valider

L'évaluation est une réalité formalisée dans le secteur médico-social depuis la loi 2002-2 qui instaurait le principe d'évaluation interne tous les 5 ans et externe tous les 7 ans. L'amélioration continue de la qualité rendue est aussi un objectif que les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM viennent étayer, l'efficience est, quant à elle, soutenue par les travaux de l'ANAP.

Lors des dernières évaluations de la résidence "Clémence Charles", la qualité de l'accompagnement des résidents ayant une pathologie psychiatrique et son niveau d'adaptation étaient un point aveugle de la grille d'analyse. Pour autant, le diagnostic partagé en lien avec l'audit bientraitance et l'élaboration du projet d'établissement a pu objectiver la présence significative de profils psychiatriques, la spécificité de leurs besoins et l'insuffisance de la réponse de l'EHPAD.

**L'évaluation est une obligation instituée par la loi, elle a parallèlement un intérêt stratégique pour défendre l'action de l'établissement devant les autorités de contrôle et de tarification.** Outre ces fondements de première importance, l'évaluation se justifie également par **ses ramifications avec les obligations de l'éthique et de la bientraitance.** Si la vocation du projet est de répondre aux besoins légitimes des résidents, alors **évaluer les effets des mesures prises en faveur de cet objectif est une nécessité absolue.** En ce sens, plusieurs principes, formulés *infra*, guident la structuration de l'évaluation de l'Unité.

Techniquement, mesurer les résultats de l'Unité exigera **une évaluation ex ante** à l'aide d'indicateurs, à l'ouverture de l'Unité. Le projet étant innovant à l'échelle de l'établissement, **l'évaluation devra se poursuivre in itinere** afin d'apprécier, chemin

---

<sup>108</sup> La propension des personnes psychotiques à "élire domicile" dans les gares par exemple illustre cette attirance pour les lieux de passage.

faisant, la concordance des objectifs et des résultats en vue d'effectuer les corrections jugées judicieuses dès que possible. L'évaluation *ex post*<sup>109</sup> sera menée annuellement.

Dans le choix des indicateurs, je serai très attentif à l'inclusion de **critères quantitatifs** mais aussi de **critères qualitatifs**, car si ces derniers sont plus difficiles à objectiver : ils apportent une richesse informationnelle en résonance avec la complexité de la prise en soin. A mon sens, l'évaluation devra à la fois combiner des **indicateurs de moyens** qui rendent compte des efforts de l'organisation et de ses ressources, à mettre en œuvre ses engagements ainsi que des **indicateurs de résultats** puisque l'essentiel est bien de mesurer les bénéfices pour la qualité de vie des résidents présentant des pathologies psychiatriques. Bien que point nodal du projet, le périmètre de l'évaluation ne peut se limiter au seul bénéficiaire-résident. Afin de consolider ce dernier, l'évaluation doit également considérer **les facteurs et effets collatéraux** qui conditionnent, en réalité et en profondeur, le différentiel de qualité d'accompagnement que nous espérons : des indicateurs mesurant l'impact de l'Unité sur les salariés d'une part, sur les "autres" résidents de l'EHPAD viendront ainsi compléter le dispositif d'évaluation.

Une remarque s'impose, cette batterie de critères et d'évaluations récurrentes doit rester un moyen et non une fin. La densité de la collecte d'informations à dessein d'évaluation ne doit pas prendre le pas sur la visée du projet. Il me faudra donc être vigilant sur ce point et, le cas échéant, **agir contre un risque d'inflation bureaucratique**.

### **3.4.2 L'évaluation à moyen et long terme : valider pour diffuser un modèle**

En effet, l'ambition du projet n'est pas de produire des données pour produire des données. Il est bien de réunir les conditions d'un accompagnement adapté, c'est-à-dire bien traitant pour les résidents ayant une pathologie psychiatrique.

Le processus d'évaluation, l'amélioration continue de la qualité, les réunions de retour sur expérience contribueront à parfaire notre intervention et nos compétences dans l'accompagnement des personnes vieillissantes ayant une pathologie psychiatrique. Si la volumétrie actuelle fait que l'Unité sera à l'ouverture, occupée en totalité par des résidents aujourd'hui présents dans l'établissement, la mission de l'Unité est véritablement de **pouvoir accueillir les besoins du territoire qui sont importants**. Dans cette optique, outre le renouvellement naturel des places existantes dans l'Unité, j'envisage comme une **perspective cohérente : l'augmentation de capacité de l'unité** à moyen terme. Les

---

<sup>109</sup> Le terme est quelque peu trompeur car l'Unité n'est pas une expérience dont la durée est prédéterminée.

indicateurs permettront à l'équipe de l'Unité et moi-même ainsi qu'aux différentes parties prenantes (le conseil d'administration, la direction générale, les autorités de tarification ainsi que les professionnels, les résidents, les familles et les partenaires) d'apprécier l'intérêt du projet, en vue de soutenir une éventuelle extension de ce mode d'accompagnement.

**En parallèle, l'idée est aussi de "faire modèle"**. La consolidation des connaissances et des compétences à l'échelle de l'Unité de et l'établissement permettront de diffuser un modèle d'accompagnement auprès des acteurs intéressés et concernés, ils devraient nombreux si l'on considère la démographie. En tant que directeur, j'organiserai la diffusion de cette connaissance par des visites de l'établissement, des communications lors de conférence ou dans la presse spécialisée, l'ouverture de l'établissement comme terrain de stage à des directeurs stagiaires, des élèves soignants ou éducateurs qui auraient un intérêt personnel pour le modèle développé dans la Résidence "Clémence Charles".

### **Conclusion de la partie 3**

Au terme de cette troisième partie qui présentait à la fois la méthodologie de *gestion de projet*, ainsi que le *contenu du Projet d'Unité*, tel qu'il est défini au moment de l'écriture de ces lignes, je peux dresser un premier bilan de cette phase de travail. **Le projet a franchi une série d'étapes décisives** en obtenant d'abord la validation de la direction générale, en devenant ensuite un projet public pour les professionnels et pour certains des résidents les premiers concernés et leurs proches, et un projet identifié au sein de notre réseau de partenaires sur le territoire.

Sans présumer du retour des autorités de tarification, je dois remarquer certains effets déjà positifs du travail entrepris : j'ai pu observer à différents niveaux hiérarchiques une **mobilisation constructive** de salariés autour du projet d'Unité. Le personnel est informé de la situation d'attente budgétaire concernant le projet et de l'avancement des groupes de travail, certains professionnels y contribuent avec assiduité. Outre la mobilisation institutionnelle autour du projet, j'ai constaté depuis la mise au jour du projet **une relation et une attention renforcées** de professionnels auprès des résidents éligibles à l'Unité.

Il va sans dire que ces nouveaux progrès dans la prise en soin de ces résidents forment bien **l'un des enjeux capitaux de la transformation souhaitée de l'accompagnement**.

## Conclusion

Le secteur médico-social, mais tout particulièrement, les **établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** sont à l'aube d'une transformation radicale de leurs modalités d'intervention.

En effet, comme nous l'avons étudié : les effets combinés de la démographie, des évolutions épidémiologiques et de choix sociétaux vont amplifier le mouvement déjà à l'œuvre qui tend à concentrer dans les EHPAD, des résidents avec un profil de plus en plus complexe. Le développement des dispositifs de soutien à domicile a en effet permis aux personnes en meilleure santé de rester à leur domicile. Parallèlement, l'augmentation exponentielle de la prévalence de la maladie d'Alzheimer a, depuis deux décennies, considérablement modifié la typologie des profils accueillis et des accompagnements prodigués en EHPAD.

Aujourd'hui, sans forcément atteindre une magnitude comparable aux maladies neurodégénératives, les statistiques et les observations sur le terrain s'accordent sur **l'augmentation très significative des profils psychiatriques accueillis en EHPAD**. Cette évolution se vérifie au sein de la Résidence "Clémence Charles". Il y a vingt-cinq ans, l'établissement accueillait déjà quelques personnes connaissant des troubles psychiatriques. Depuis une dizaine d'années, **la proportion de ces profils a fortement augmenté et représente** aujourd'hui, *a minima*, un résident sur quatre, pour qui un diagnostic psychiatrique a été établi.

Or, malgré la présence tangible de ces résidents, malgré leur importance numérique pérenne et amenée à croître, malgré la spécificité de leurs besoins de santé et d'accompagnement, ***l'EHPAD continuerait à fonctionner comme un EHPAD***, un EHPAD standard, organisé pour l'accompagnement de personnes dépendantes âgées ou très âgées et bénéficiant des dotations issues de la convergence tarifaire des EHPAD, tant en termes de volumétrie budgétaire que de types de compétence autorisés.

Pourtant, l'étude menée dans la Résidence "Clémence Charles" présentée dans ce texte donne une vue claire de **l'inadéquation entre la prestation d'un EHPAD standard et les attentes et besoins, y compris les plus fondamentaux**, de ces résidents, dont certains pourraient vivre trente ans ou davantage dans l'établissement...

A mon sens, l'éthique de responsabilité impose de ne pas attendre la création hypothétique de structures idéalement adaptées et suffisamment nombreuses sur le territoire. Puisqu'une "meilleure solution que l'EHPAD" n'existe pas sur le territoire, l'enjeu est bien d'inventer en EHPAD un nouvel accompagnement, spécifiquement adapté aux besoins de ces résidents, de faire de cet EHPAD adapté, un modèle d'accompagnement bientraitant. L'hypothèse que les autorités de tarification n'apportent pas, *ou incomplètement*, leur soutien budgétaire ne peut pas être totalement exclue et cette éventualité a été évoquée dans les groupes de travail et en comité de pilotage. Le cas échéant, je mettrai en œuvre l'adaptation économiquement soutenable : formation du personnel (déjà en cours), actualisation du projet institutionnel, déménagement interne, réactualisation des liens avec les ressources territoriales, proposition d'activités adaptées par redéploiement interne. La qualité de l'accompagnement bénéficiera en outre de la mobilisation collective déjà active, que le travail initié depuis dix mois a rendue possible.

**Chez les salariés, les représentations sociales de la maladie psychiatrique ont, depuis des années, considérablement évolué.** Ainsi, l'ancienne figure du "fou dangereux", du "fou dissimulateur et ourdissant un mauvais coup" a heureusement laissé la place à une représentation plus éclairée et réaliste, celle d'une personne qui peut avoir ses bizarreries et, parfois même, des accès de mauvaise humeur bruyants mais qui nous est *semblable et tellement humaine*. Cette évolution des conceptions sur la maladie mentale constatée chez les professionnels et leur inclination persévérante à *venir en aide* constituent **un socle solide sur lequel construire cet accompagnement adapté**, en formant le personnel actuel, en recrutant les compétences manquantes ou en recherchant des compétences extérieures par la voie de partenariats.

La littérature, les entretiens avec des experts, l'élaboration des groupes de travail, les réunions et les débats informels nés de la mobilisation des salariés, les contributions des ressources extérieures ont abouti à la proposition d'installer au cœur même de l'EHPAD **une Unité dédiée à l'accompagnement de résidents ayant un profil psychiatrique.**

**Une phrase éclaire notre ambition et l'obligation qui est la nôtre...**

**L'adaptation est le contraire de la résignation.**

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

AUTISSIER D., MOUTOT J.M., 2013, *Méthode de conduite du changement. Diagnostic. Accompagnement. Pilotage*, 3ème édition, Paris: Dunod, 252 p.

AZOULAY C., CHABERT C., GORTAIS J. et al., 2005, *Processus de la schizophrénie*, 2ème édition, Paris: Dunod, 210 p.

BAUDURET J. F., 2013, *Institutions sociales et médico-sociales: de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Paris: Dunod, 276 p.

CHARAZAC P., 2001, *Introduction aux soins géronto-psychiatriques*, Paris: Dunod, 177 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, *L'acteur et le système*, 3ème édition, Paris: Editions du Seuil, 500 p.

DESHAIES J.L., 2014, *Stratégie et management. Briser l'omerta !*, Rennes: Presses de l'EHESP, 270 p.

FOUCAULT M., 1972, *L'histoire de la folie à l'âge classique*, 2ème édition, Paris: Gallimard, 590 p.

GACOIN D., 2010, *Conduire des projets en action sociale*, 2ème édition, Paris: Dunod, 260 p.

GOFFMAN E., 1975, *Stigmates, les usages sociaux des handicaps*, Paris: Editions de Minuit, 179 p.

JOUFFRAY C. (dir), 2014, *Développement du pouvoir d'agir. Une nouvelle approche de l'intervention sociale*, Rennes: Presses de l'EHESP, 232 p.

LÖCHEN V., 2013, *Comprendre les politiques sociales*, 4ème édition, Paris: Dunod, 437 p.

LORINO P. 1991, *L'économiste et le manager*, Paris : Editions La découverte, 220 p.

MIRAMON J.M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3ème édition, Rennes: Presses de l'EHESP, 150 p.

MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B., 2012, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, 5ème édition, Rennes: Presses de l'EHESP, 275 p.

ROBICHAUD V., 2009, *Accueillir les besoins psychiques de l'adulte vieillissant*, Lyon: Editions de la chronique sociale, 160 p.

TISSIER D., 2001, *Management situationnel: vers l'autonomie et la responsabilisation*, 3ème édition, Paris: INSEP, 150 p.

## ARTICLES

Pr AMOUYEL P., Alzheimer. [visité le 05.06.2016], disponible sur internet : [inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer](http://inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer)

ANCELET C., SAUVANAUD F., MANETTI A. et al., 2013, " Comorbidités somatiques et espérance de vie chez les patients présentant une pathologie psychiatrique d'évolution chronique.", *Pratiques en santé mentale*, Mars, n°2, pp. 5-11.

BELIARD A., EIDELIMAN J.-S., 2009, « Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives », *La documentation française* [en ligne], vol. 2009/1, pp. 99-117. [visité le 16.07.2017], disponible sur Internet : [Cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-99.htm](http:// Cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-99.htm)

BOUKELAL A; (dir), 2014, "La "bientraitance": éléments de définitions et repères pour l'identification du sens et de la portée du concept en ESSMS", *Les Cahiers de l'Actif*, Novembre/Décembre, n°462/463, pp. 37-63.

CHARLOT J.L., 2013, "Vieillesse des personnes handicapées: imprégnation", *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 15 novembre, n°2833, pp. 29-30.

CHESNEY E., GOODWIN G. M., FAZEL S., 2014, "Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders : a meta-review", *World Psychiatry*, 13: 153–160. [consulté le 15.07.2017], disponible sur Internet : <http://www.ox.ac.uk/news/2014-05-23-many-mental-illnesses-reduce-life-expectancy-more-heavy-smoking>

CUENOT M., ROUSSEL P., 2009, « De la difficulté de quantifier le handicap psychique : des classifications aux enquêtes », *La documentation française* [en ligne], vol. 2009/1, pp. 65-81. [visité le 16.07.2017], disponible sur Internet : [Cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-65.htm](http:// Cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-65.htm)

DECRYPTAGE, 2014, "Vieillesse des personnes handicapées: les établissements sous pression", *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 11 juillet, n°2868, pp.30-32.

DECRYPTAGE, 2015, "Dix ans après la loi fondatrice de 2005, les espoirs déçus des associations", *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 6 février, n°2896, pp. 24-29.

DEEGAN E. P., août 2005, « Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation », *Socrate-Réhabilitation in espace-socrate.com*

DURAND B., 2014, "Le rétablissement", *Pratique en santé mentale*, Mai, n°2, pp. 1-2.

GALLAND F., JALENQUES I., 2008, "Schizophrénie et vieillissement: aspects cliniques", *Annales Médico-Psychologiques*, [en ligne], Juin, n°167, pp. 476-481, [visité le 04/02/2017], disponible sur Internet: <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00562286/document>.

GOHET P., 2014, "Les acteurs de la gérontologie et du handicap doivent organiser leur coopération", *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 11 juillet, n°2868, p.33.

HARDY J.P., 2014, "Parcours résidentiel et parcours de vie des personnes adultes handicapées, vers une refondation sur la base de plateformes coopératives de services territorialisés", *Les Cahiers de l'Actif*, Mars/Avril, n°454/455, pp.29-41.

JALENQUES I., TOURTAUCHAUX R., GALLAND F., PONTONNIER A.-L., LEGRAND G., et al., 2009, Schizophrénie et vieillissement : aspects cliniques. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 167 (5), pp.380.

JOVELET G., 2010, "Psychose et vieillissement", *L'information psychiatrique*, [en ligne], vol.86, n°1, pp.39-47, [visité le 25/03/2017], disponible sur Internet: <http://www.caim.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-1-page-39.htm>.

Pr KREBS. M.-O., Schizophrénie. [visité le 05.06.2016], disponible sur Internet : [inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie](http://inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie)

L'ACTUALITE, 2013, "Personnes handicapées vieillissantes: le rapport GOHET plaide pour une stratégie globale", *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 6 décembre, n°2536, pp.5-6.

L'ACTUALITE, 2013, "Seul un quart des EHPAD sont adaptés à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes", *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 25 octobre, n°2830, pp.15-16.

LEGUAY D., GIRAUD-BARO E., LIEVRE B. et al., 2008, "Le manifeste de la Reh@b: propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants", *L'information psychiatrique*, [en ligne], vol.84, n°10, pp.885-893, [visité le 09/04/2017], disponible sur Internet: <http://www.caim.info/revue-i-information-psychiatrique-2008-10-page-885.htm>.

LOUBAT J.R., 2013, "Parcours et projets de vie, vers une reconfiguration de l'action médico-sociale", *Les Cahier de l'Actif*, Juillet/Août, n°446/447, pp.7-19.

MAUS DE ROLLEY T., 2005, "La part du diable: Jean WIER et la fabrique de l'illusion", *Revue Tracés*, [en ligne], n°8, pp.29-46, [visité le 02/04/2017], disponible sur Internet: <http://traces.revues.org/2143>.

NAUDIN J., 2015, "En réalité les schizophrènes ne sont pas plus dangereux que d'autres personnes", *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 11 juin, n°2915, pp.34-35.

ROELANDT J.L., VAGLIO A., MAGNIER J. et al., 2015, "La santé mentale en France et dans le monde: "des hommes pas des murs" ", *Pratiques en santé mentale*, Février, n°1, pp.47-58.

ROTHKEGEL P., QUERCY G., 2014, "Handicapés-vieux et vieux-handicapés, même accompagnement? ", *les Cahiers de l'Actif*, Mars/Avril, n°454/455, pp. 73686.

ROUILLON F., 1985, "Épidémiologie des troubles mentaux chez le sujet âgé", *L'Information Psychiatrique*, vol 59, p. 828, cité par JOVELET G., Op. Cit.

SARAVANE D., 2013, "Soins somatiques en institutions psychiatriques", *Pratiques en santé mentale*, Mars, n°2, pp. 13-18.

SCODELLARO C., Novembre 2008, Les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer, 2008, INPES, page 9, [visité le 05.03.2017], disponible sur Internet : [http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/09\\_etudesalz/Revuealz.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/09_etudesalz/Revuealz.pdf)

VALLIN J., MESLE F., 1988, Les causes de décès en France de 1925 à 1978, Paris : INED cité par SCODELLARO C., Ibid.

VELPRY L., 2013, "La notion de santé mentale", Pratiques en santé mentale, Août, n°3, pp. 11-12.

## **THESE**

LE DANTEC J., 2009, *Les établissements médico-sociaux destinés à l'accueil des adultes en situation de handicap mental ou psychique. La construction d'une diversité d'usages entre prises en charge totalisantes et ouvertures sur des trajectoires singulières (1975-2005)* [en ligne], Thèse de Doctorat en Sociologie : Université de Toulouse 2 Le Mirail, 607 p., [visité le 15.04.2017]

## **RAPPORTS**

BLANC P., 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes: un nouveau défi pour leur prise en charge*, [en ligne], [visité le 15/01/2017], disponible sur Internet: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport Paul Blanc sur les personnes handicapees vieillissantes - rapportpaulblanc.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Paul_Blanc_sur_les_personnes_handicapees_vieillissantes_-_rapportpaulblanc.pdf)

GOHET P., 2013, *L'avancée en âge des personnes handicapées vieillissantes, contribution à la réflexion*, [en ligne], [visité le 09/07/2017], disponible sur Internet: [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avancee en ages des PH TOME I DEF.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avancee_en_ages_des_PH_TOME_I_DEF.pdf).

OMS, 2003, *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité?*, [en ligne], [visité le 18/05/2017], disponible sur Internet: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf file/003/74712/E85238](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/003/74712/E85238).

PIVETEAU D., 2014, *Zéro sans solution: le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, [en ligne], [visité le 04/05/2017], disponible sur Internet: [http://www. social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport Zero sans solution.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution.pdf)

LIVRE BLANC Unités de Soins Alzheimer, 2015, Congrès national des unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, L'Année Gérontologique, vol. 29, tome IV. [visité le 01.03.2017], disponible sur Internet : [https://www.ensembleprevenonsladedependance.fr/wp-content/uploads/2015/12/Livre blanc prise en charge Alzheimer.pdf](https://www.ensembleprevenonsladedependance.fr/wp-content/uploads/2015/12/Livre_blanc_prise_en_charge_Alzheimer.pdf)

## **TEXTES ET DOCUMENTS OFFICIELS**

### **Guides et dossiers techniques**

OMS, 2004, "La situation de la santé mentale", *Guide des politiques et des services de santé mentale*, [en ligne], [visité le 07/04/2017], disponible sur Internet: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/Situation\\_de\\_sante\\_mentale\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Situation_de_sante_mentale_final.pdf).

### **Recommandations**

ANESM, 2010, "Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux", *Synthèse de recommandations de pratiques professionnelles*, [en ligne], [visité le 15/08/2017], disponible sur Internet: [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthèse\\_recommandation\\_ethique\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthèse_recommandation_ethique_anesm.pdf)

ANESM, 2012, "La bientraitance: définition et repères pour la mise en œuvre", *Synthèse de recommandation de bonnes pratiques*, [en ligne], [visité le 11/07/2017], disponible sur Internet: [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Anesm\\_synthese-bleu-bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Anesm_synthese-bleu-bientraitance.pdf).

ANESM, 2015, "Adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes", *Recommandations de bonnes pratiques*, [en ligne], [visité le 03/07/2017], disponible sur Internet: [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Adaptation\\_Personne\\_handicapees\\_vieillissantes-Interactif.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Adaptation_Personne_handicapees_vieillissantes-Interactif.pdf).

ANESM, mai 2016, "Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques", *Recommandations de bonnes pratiques*, [en ligne], [visité le 03/01/2017], disponible sur Internet: [http://anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id\\_article=1012](http://anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=1012)

## **LEGISLATION**

### **Lois**

MINISTERE DE LA JUSTICE. Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel du 1er juillet 1975, p.6596, [visité le 13/04/2017], disponible sur Internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel du 1er juillet 1975, p.6604, [visité le 04/04/2017], disponible sur Internet: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU BUDGET. Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation, psychiatrique [en ligne]. Journal officiel du 1er janvier 1986, p.7, [visité le 09/05/2017], disponible sur Internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000878232>.

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU BUDGET. Loi n°89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social [en ligne]. Journal officiel du 14 janvier 1989, p.542, [visité le 15/05/2017], disponible sur Internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000321867>.

MINISTERE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES. Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux [en ligne]. Journal officiel, n°150 du 30 juin 1990, [visité le 18/05/2017], disponible sur Internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349384>.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel du 3 février 2002, p.124, [visité le 22/05/2017], disponible sur Internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000216460>.

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel n°36, du 12 février 2005, p.2353, [visité le 20/05/2017], disponible sur Internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>.

MINISTERE DE LA JUSTICE. Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant sur la réforme de la protection juridique des majeurs [en ligne]. Journal officiel n°56 du 7 mars 2007, p.4325, [visité le 10/05/2017], disponible sur Internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000430707>.

MINISTERE DE LA SANTE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009, [visité le 14/05/2017], disponible sur Internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000020879475>.

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 [en ligne]. Journal officiel n°155 DU 6 juillet 2011, [visité le 22/05/2017], disponible sur Internet: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000024312722&categorieLien=id>.

## **Circulaires**

MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°2006-330 du 21 juillet 2006 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale, [en ligne], [visité le 04/08/2017], disponible sur Internet: <http://www.sante.gouv.fr/fichier/bo/2006/06-08/a0080044.htm>.

MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental, in CAIRE M. Histoire de la psychiatrie en France. [visité le 16.12.2016], disponible sur Internet : <http://psychiatrie.histoire.free.fr/psyhist/19-39/rucart.htm>

MINISTRE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire du 15 mars 1960

## **SITE INTERNET**

[www.ansm.sante.gouv.fr](http://www.ansm.sante.gouv.fr)

[www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)

[www.caim.fr](http://www.caim.fr)

[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

[www.ined.fr](http://www.ined.fr)

[www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr)

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

[www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr)

[www.who.int.fr](http://www.who.int.fr)



---

## Liste des annexes

---

|   |             |
|---|-------------|
| <b>ANNEXE 1 : Organigramme de l'établissement</b>                             | <b>II</b>   |
| <b>ANNEXE 2 : Relevé des <i>verbatim</i>s salariés</b>                        | <b>III</b>  |
| <b>ANNEXE 3 : Grille de Marchesnay</b>  | <b>IV</b>   |
| <b>ANNEXE 4 : Matrice SWOT Global</b>   | <b>V</b>    |
| <b>ANNEXE 5 : Matrice SWOT spécifique Unité dédiée</b>                        | <b>VII</b>  |
| <b>ANNEXE 6 : Projet d'établissement (axe adaptation de l'accompagnement)</b> | <b>X</b>    |
| <b>ANNEXE 7 : Typologie des acteurs en psychiatrie</b>                        | <b>XIII</b> |
| <b>ANNEXE 8 : Liste des conventions signées</b>                               | <b>XIV</b>  |
| <b>ANNEXE 9 : Schémas territoriaux</b>  | <b>XV</b>   |
| <b>ANNEXE 10 : Information résidents (exemple)</b>                            | <b>XIX</b>  |
| <b>ANNEXE 11 : Critères d'admission en Unité dédiée</b>                       | <b>XX</b>   |
| <b>ANNEXE 12 : Etapes du projet</b>   | <b>XXI</b>  |
| <b>ANNEXE 13 : Tableau d'évaluation du projet</b>                             | <b>XXIV</b> |



## ANNEXE 2

### Relevé des *verbatim* salariés en 2011 sur l'accueil de résidents avec un profil psychiatrique

---

Une étude a été réalisée par les psychologues du travail en 2011 sur la souffrance des professionnels de l'équipe proximale<sup>110</sup> face au déclin et à la mort des résidents au sein de la Résidence "Clémence Charles". Le rapport des psychologues livre un matériau sur le ressenti des professionnels au travail qui dépasse le cahier des charges initial de l'étude. Nous pouvons ainsi y retrouver différents *verbatim* qui évoquent "*une maison de retraite [qui serait devenue] une maison de fous*", qui nomme certains résidents perçus comme *inquiétants*, ou dit plus clairement "potentiellement dangereux" pour des salariés qui éprouvent alors un sentiment d'insécurité. L'accueil de deux hommes schizophrènes jeunes et de grande taille quelque temps après le fait-divers tragique qui s'est déroulé à Pau<sup>111</sup> n'est peut-être pas étranger au malaise ressenti par certaines aides-soignantes ou agents de service. Depuis lors, la situation a considérablement progressé dans le sens de l'apaisement : l'accompagnement depuis de longues années de nombreux résidents manifestant des troubles psychiatriques ou ayant une maladie psychiatrique grave sans que jamais ne soit survenu le moindre incident significatif entre ces résidents et les professionnels a progressivement modifié les représentations sociales du "fou" chez les salariés. La figure du "fou dangereux", du "fou dissimulateur et ourdissant un mauvais coup" a heureusement laissé la place à une représentation plus éclairée et réaliste, celle d'une personne qui a certes ses bizarreries et parfois même des accès de mauvaise humeur bruyants mais qui nous est  *finalement*  semblable et tellement humaine. Toutefois, il subsiste une certaine perplexité des professionnels intervenant au quotidien qui peuvent avoir le sentiment de ne pas toujours comprendre et savoir  *comment venir en aide*  auprès de ces résidents plus jeunes, plus valides et peu enclins à rentrer en relation. Cette circonspection se prolonge en une forme d'embarras que les salariés éprouvent notamment lors d'épisodes de dépression profonde de certains résidents, des épisodes qui suscitent de l'émoi et mobilisent les équipes.

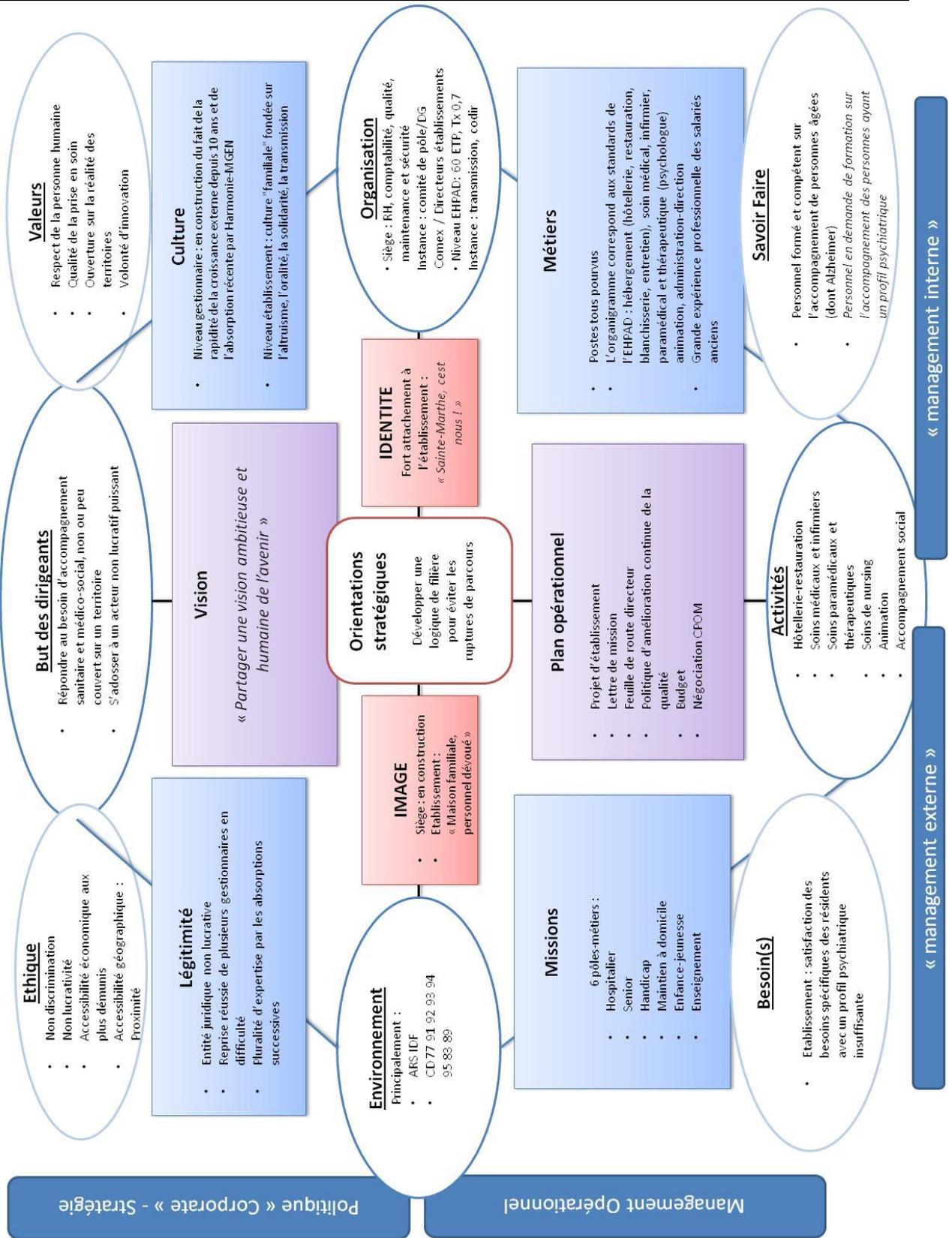
---

<sup>110</sup> Nous reprenons cette terminologie à CONNANGLE et VERCAUTEREN, pour qui l'équipe "proximale" désigne les professionnels au contact des résidents (notamment les aides-soignants, les agents de service) par opposition à l'équipe "distale" qui regroupe notamment les postes administratifs et d'encadrement. Les auteurs expliquent qu'il y a souvent césure, opposition dans la sociologie des établissements médico-sociaux entre ces deux équipes. in CONNANGLE et VERCAUTEREN

<sup>111</sup> En décembre 2004, une infirmière et une aide-soignante du Centre hospitalier de Pau avaient trouvé la mort sur leur lieu de travail à la suite de l'agression d'un malade schizophrène.

# ANNEXE 3

## Grille de Marchesnay



## ANNEXE 4

### SWOT global 1/2

**En rouge**, sont indiqués les points pouvant être reliés au projet.

|                                  | Forces  |   | Faiblesses  |   |
|----------------------------------|---|---|---|---|
| DROIT DES USAGERS<br>OUTILS 2002 | <b>Projet d'établissement</b>                       | - Elaboration du Projet d'Etablissement en cours<br>- Mobilisation de tous les professionnels et co-élaboration   | <b>Projet d'établissement</b>                       | - Absence de Projet à date<br>- Difficulté à engager les familles et les ressources externes  |
|                                  | <b>Projet individualisé</b>                         | - Généralisation des Projets d'Accompagnement Individualisé du Résident (AIR)<br>- Appropriation par les professionnels<br>- Support actualisé en déploiement   | <b>Projet individualisé</b>                         | - Mobilisation des familles   |
|                                  | <b>Lien avec les familles</b>                       | - Entretiens en pré-admission et admission<br>- Possibilité de repas à Sainte-Marthe<br>- Organisation de 3 rencontres festives des familles par an<br>- Nouveau CVS, invitation aux commissions repas et animations<br>- Signature du projet AIR   | <b>Lien avec les familles</b>                       | - Investissement des familles à encourager<br>- Niveau d'implication des familles à l'élaboration du PE   |
| ACCOMPAGNEMENT                   | <b>Soin technique, suivi médical et paramédical</b> | - Nombreuses conventions avec ressources externes (kiné, orthophoniste, audition, vision, dentistes ?...)<br>- Formation Bientraitance du personnel soignant<br>- Recours aux contentions limité et encadré médicalement<br>- Continuité des soins au retour d'hospitalisation<br>- Culture de la traçabilité<br>- Culture de la transmission | <b>Soin technique, suivi médical et paramédical</b> | - Poste de MEDCO longtemps non pourvu<br>- Projet de soins à auditer<br>- Protocoles manquants<br>- Accessibilité, actualisation, appropriation des protocoles existants<br>- Place de l'IDE<br>- Recenser, auditer, développer les conventions avec les ressources externes<br>- Accompagnement/intégration nouveaux soignants dont vacataires, intérimaires<br>- Réévaluation de la contention<br>- Culture palliative à promouvoir<br>- Outil Echelle de la douleur à continuer de promouvoir<br>- Gestion des risques soignants |
|                                  | <b>Circuit du Médicament</b>                        | - Contrat avec Medissimo<br>- Suivi des refus   | <b>Circuit du Médicament</b>                        | - Organisation et délégation à travailler<br>- Sous-utilisation des moyens de sécurisation du stockage des médicaments  |
|                                  | <b>DASRI</b>  | - Contrat avec un prestataire, évacuation hebdo<br>- Matériel et local adapté<br>- Protocoles DASRI à travailler  | <b>DASRI</b>  | - Absence de DARI   |
|                                  | <b>Accompagnement au quotidien</b>                  | - Accompagnement individualisé du résident<br>- Formation Bientraitance du personnel non soignant<br>- Respect des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM<br>- Souci de promotion de la bientraitance au quotidien<br>- Protocoles de pré-admission et admission<br>- Souhait d'adaptation aux profils des résidents                  | <b>Accompagnement au quotidien</b>                  | - Formalisation des protocoles de prise en charge (dont FEI)<br>- Approche non médicamenteuse à promouvoir<br>- Procédure d'intégration du résident Jour J et 1ères semaines<br>- Respect des rythmes du résident<br>- Favoriser les choix des résidents (vêtements, menus)<br>- Demande de formation sur les troubles psychiatriques, la sexualité en EHPAD et la fin de vie   |
|                                  | <b>Repas</b>  | - Existence d'une cuisine interne<br>- Recrutement récent du chef de cuisine qualifié<br>- Produits frais, plats maisons,<br>- Menus de substitution<br>- Petites salles à manger<br>- Commissions repas trimestrielles   | <b>Repas</b>  | - Durée du jeûne nocturne<br>- S'assurer de répondre aux souhaits et besoins du résident (repas en dehors des plages horaires des repas, repas thérapeutiques, service à l'assiette ...)  |
|                                  | <b>Lingerie</b>                                     | - Lingerie interne<br>- Service offert au résident  | <b>Lingerie</b>                                     | - Circuit du linge complexe (architecture)<br>- Pas d'ensachage du linge propre des résidents<br>- Insatisfaction qualité familles-résidents  |
|                                  | <b>Animation</b>                                    | - Niveau de satisfaction des résidents<br>- Augmentation du nombre de participants<br>- Augmentation de la diversité des animations<br>- Diversité des modalités d'animations (petits comités, dans les étages, sorties, personnes isolées) à poursuivre<br>- Implication de tous les professionnels  | at  | <b>Animation</b>  |
| RH / MANAGEMENT                  | <b>RH</b>   | - Qualités et compétences des équipes<br>- Climat social<br>- Outils RH (fiches de poste actualisées, DUERP)<br>- Mise en place des Entretiens Annuels d'Echange<br>- Plan de formation<br>- Accueil des stagiaires   | <b>RH</b>   | - Besoins de formation aux caractéristiques des résidents<br>- Tensions entre certains professionnels   |
|                                  | <b>Management</b>                                   | - Mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire<br>- Analyse des pratiques professionnelles<br>- Capacité d'écoute et d'échange<br>- Culture de l'amélioration continue<br>- Conduite du changement<br>- Culture de l'organisation apprenante, du droit à l'erreur  | <b>Management</b>                                   | - Développement des compétences managériales et du travail en équipes<br>- Développement des compétences post formations  |

## ANNEXE 4

### SWOT global 2/2

**En rouge**, sont indiqués les points pouvant être reliés au projet.

|                    |   | Forces  | Faiblesses  |
|--------------------|---|---|---|
| COMMUNICATION      | Communication interne   | - Dispositif de réunions développé<br>- Qualité et contenu des transmissions  | Communication interne<br>- Qualité et contenu des transmissions<br>- Transmissions : accès PSI / vacataire  |
|                    | Communication externe   |   | Communication externe<br>- Absence de communication externe   |
| DEMARCHE QUALITE   | Gestion Documentaire  | - Existence de PSI : logiciel de gestion informatisé du dossier du résident   | Gestion Documentaire<br>- Qualité des transmissions inscrites dans PSI à développer<br>- Accès large, contrôlé et effectif, appropriation systématique à travailler<br>- Paramétrage sous PSI du projet de soin infirmier<br>- Complémentarité PSI et impression papier       |
|                    | Qualité   | - Existence d'une bibliothèque qualité informatisée<br>- Appropriation par les professionnels<br>- Intégration "50 protocoles indispensables en EHPAD"<br>- Manuel de procédures internes (MPI)   | Qualité<br>- Evaluation interne non formalisée<br>- Evaluation externe peu opérante<br>- Poste Qualiticien non pourvu   |
| ARCHITECTURE       | Architecture  | - Ambiance familiale (petites salles à manger, "Maison" Sainte-Marthe)  | Architecture<br>- Chambres doubles<br>- Surfaces des chambres, des espaces de travail<br>- Signalétique caduque (≠ personnes désorientées)<br>- Pentes (≠ personnes à mobilité réduite)   |
|                    | Maintenance préventive et curative  | - Manuel de procédures internes "Maintenance"   | Maintenance préventive et curative<br>- Déploiement et appropriation sur le terrain   |
|                    |   | Opportunités  | Menaces   |
| RECONSTRUCTION     | Reconstruction  | - Reconstruction à venir (création 1 PASA, 2 UVP) :<br>- <i>objectif confort des chambres,</i><br>- <i>objectif adaptation/ personnes malades Alzheimer</i><br>- <i>objectif adaptation/ personnes malades psychiatriques(UV dédiée)</i><br>- <i>objectif espaces communs suffisants et adaptés pour les résidents et pour les professionnels</i><br>- <i>objectif prévention des risques professionnels</i><br>- Levier de mobilisation/motivation du personnel  | Reconstruction<br>- Impact des travaux sur le taux d'occupation<br>- Risque de malfaçons<br>- Risque visite de conformité<br>- Période transitoire de test /adaptation technique<br>- Adaptation psychologique des résidents<br>- Adaptation psychologique des professionnels |
| POLITIQUE PUBLIQUE | Politique publique du Territoire :<br>Agence Régionale de Santé Ile de France | - <b>Objectif 1 : Améliorer le cadre d'accueil en EHPAD =&gt; Reconstruction Sainte-Marthe et Augmentation de capacité pour maîtrise du coût d'hébergement</b><br>- <b>Objectif 2 : Renforcer le lien avec le sanitaire =&gt; Développement des collaborations avec les réseaux et équipes mobiles (géronto-psychiatrie, soins palliatifs, géronto, HAD, ...)</b>   | Politique publique du Territoire :<br>ARS IDF + CD 93<br>- Difficultés de financement<br>- Refonte de la tarification : "faire plus avec moins"<br>- Pression concurrentielle (+ 2.200 places en 5 ans / dept 93)   |
|                    | Politique publique du Territoire :<br>Conseil Départemental 93                | - <b>Axe 1 : Permettre les choix de vie et la citoyenneté des personnes</b><br>Fiche 1 : Favoriser les activités de lien social en respectant leur souhait<br>Fiche 2 : Promouvoir la culture pour les personnes âgées<br>Fiche 3 : Faciliter les déplacements des personnes âgées<br>Fiche 4 : Informer de manière adaptée, pertinente et accessible<br>Fiche 5 : Associer aux décisions, respecter leurs choix<br>Fiche 7 : Prévenir la maltraitance<br>- <b>Axe 2 : Accompagner les parcours de vie</b><br>Fiche 12 : Travailler en réseau sur les situations individuelles<br>Fiche 13 : Prévenir les ruptures dans l'accompagnement<br>Fiche 14 : Considérer les aidants familiaux comme partenaires<br>- <b>Axe 3 : Favoriser une offre de services diversifiée et de qualité</b><br>Fiche 18 : Favoriser la coopération avec les acteurs de la santé mentale<br>Fiche 20 : Améliorer la qualité de l'offre à domicile ou en établissement<br>- <b>Axe 4 : Garantir la mise en œuvre du schéma</b><br>Fiche 23 : Développer une démarche participative des professionnels et des usagers. |   |
|                    | Politique publique nationale  | - Plan Maladies Neurodégénératives (PI MND)<br>- Plan Psychiatrie et Santé Mentale<br>- Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV)<br>- Plan Développement des Soins Palliatifs (PI DSP)  | - Risque remise en cause non-récupérabilité de l'APA  |

## ANNEXE 5

### SWOT spécifique "Unité dédiée" 1/3

Le tableau synthétise le diagnostic "RH" de l'établissement.

| Leviers   | Faiblesses  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Taux de personnel supérieur à la moyenne</li><li>• Directeur en poste à titre pérenne</li><li>• Sens de l'initiative des salariés</li><li>• Engagement de bienveillance des salariés</li><li>• Envie de venir en aide auprès des résidents avec un profil psychiatrique</li><li>• Envie de formation</li><li>• Evolution du personnel sur l'accueil de personnes avec un profil psychiatrique</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dotation trop juste en regard de la complexité</li><li>• Dotation psychologue insuffisante (0,4 ETP)</li><li>• Rotation rapide des directeurs jusqu'en 2016</li><li>• Niveau de rémunération faible</li><li>• Crainte originelle vs profils psychiatriques</li><li>• Perplexité du personnel sur la façon d'aider les résidents avec un profil psychiatrique</li><li>• Qualifications manquantes à ce jour (psychomotricien, AMP, moniteur éducateur)</li></ul> |

Le tableau suivant récapitule les éléments du diagnostic qualité.

| Leviers   | Faiblesses   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ethique, moteur du changement des salariés</li><li>• Dynamique de professionnalisation en cours</li><li>• Nécessité d'individualiser et d'adapter la prise en soin (EI) + (EE)</li><li>• Politique et pratiques de bienveillance (EE)</li><li>• Ouverture de l'établissement (EE)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Insuffisance dans l'individualisation et l'adaptation de la prise en soin (EI) + (EE)</li><li>• Retard documentaire en cours de correction</li><li>• Déficit de formalisation</li><li>• Animation et promotion de la vie sociale à déployer (EE)</li></ul> |

Le tableau reprend le diagnostic "bienveillance et promotion des droits".

| Leviers  | Faiblesses  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombreux enseignements de l'audit bienveillance réalisé en interne</li><li>• Consensus sur le diagnostic</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Effet miroir mal vécu par les résidents avec un profil psychiatrique</li><li>• Réponse inadaptée aux plaintes somatiques</li><li>• Manque de formation en "psychiatrie"</li><li>• Liberté d'aller et venir entravée par les moyens</li><li>• Faible inclusion dans les activités de l'EHPAD</li></ul> |

## ANNEXE 5

### SWOT spécifique "Unité dédiée" 2/3

Le tableau résume le diagnostic "individualisation".

| Leviers  | Faiblesses  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ancrage des projets individualisés (projet AIR) dans les pratiques institutionnelles</li><li>• Co-construction du résident à son projet AIR</li><li>• Opérationnalité du dispositif projet AIR</li><li>• Résidents non dépendants physiquement</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Peu d'occasion d'accompagnement soignant</li><li>• Pauvreté des échanges inter-individuels</li><li>• Manque d'activités adaptées"</li><li>• Différenciation faible dans les projet AIR = peu d'adaptations</li><li>• Phénomène subtil de stigmatisation</li></ul> |

Le tableau reprend les enseignements du diagnostic "projet d'établissement".

| Leviers  | Faiblesses   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Elaboration en 2016-17 du premier projet d'établissement</li><li>• Dynamique collective et ouverte sur l'extérieur</li><li>• Adaptation de l'accompagnement aux besoins spécifiques = AXE N°1</li><li>• Proportion des résidents "psychiatriques" et spécificités des besoins identifiées</li><li>• Personnel formé aux troubles du comportement et à la maladie d'Alzheimer</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aucune adaptation de l'accompagnement jusqu'à présent aux profils psychiatriques</li></ul> |

## ANNEXE 5

### SWOT spécifique "Unité dédiée" 3/3

**Le tableau synthétise les éléments du diagnostic "CPOM et reconstruction".**

| <b>Opportunités</b>  | <b>Points de vigilance</b>  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Ouverture de la négociation CPOM en 2017</li><li>• Présentation du projet d'une unité dédiée</li><li>• Reconstruction totale sur site</li><li>• Nouvelle dynamique liée à la reconstruction, et à terme à l'installation d'un PASA et d'unités "Alzheimer"</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Hausse de la proportion des résidents avec un profil psychiatrique durant le chantier</li><li>• Difficultés supplémentaires dues aux nuisances de chantier (anxiété, possible décompensation des résidents ; stress des professionnels)</li></ul> |

**Le tableau résume le diagnostic " inscription de l'établissement dans le territoire".**

| <b>Opportunités</b>  | <b>Points de vigilance</b>   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombreux partenariats dont CMP, CATTP et un psychiatre libéral</li><li>• Dynamisme et accessibilité des intervenants (commission de coordination gériatrique)</li><li>• Marge existante de partenariats à nouer</li><li>• Valoriser la position de 1<sup>er</sup> EHPAD du territoire développant une Unité dédiée à l'accompagnement de résidents ayant une maladie psychiatrique vieillissants</li><li>• Inscription de l'EHPAD au cœur d'un quartier avec des commerces et des lieux de culture</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Nécessité de faire vivre et de ranimer ces partenariats</li><li>• Contexte de désertification médicale</li><li>• Difficultés d'accès au soin en raison de la taille des files actives</li><li>• Tentation exacerbée de fugue</li></ul> |

## ANNEXE 6

### Projet d'établissement 1/3 pages

#### AXE 1 Adaptation de l'accompagnement aux besoins spécifiques

| Points forts                     |   | Points d'amélioration                 |   |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <b>Accueil /<br/>Intégration</b> | - Procédure de pré-admission / admission  | <b>Accueil /<br/>Intégration</b>      | - Procédure accueil Jour J<br>- Suivi intégration   |
| <b>Soins adaptés</b>             | - Projet AIR<br>- Personnel formé maladie d'Alzheimer   | <b>Soins adaptés</b>                  | - Difficultés ressenties des professionnels dans la prise en soin de résidents déments ou psychiatriques  |
| <b>Activités adaptées</b>        | - Co-thérapies « Envie d'ailleurs »   | <b>Activités adaptées</b>             | - Ateliers et activités adaptés Alzheimer<br>- Sorties trop rares et complexes                            |
|                                  | - Intervention régulière du psychiatre  | <b>Ressources extérieures</b>         | - Dynamique partenariale vers des compétences extérieures adaptées (CMP, FAM, MAS,)                       |
| <b>Cohabitation</b>              | - Libre d'aller et venir dans l'établissement   | <b>Cohabitation<br/>Vie affective</b> | - De la sexualité clandestine à la santé sexuelle   |
| <b>Architecture</b>              | - Projet architectural adapté aux besoins des résidents déments ou psychiatriques clairement identifiée (PASA, UVP) | <b>Architecture</b>                   | - Organisation architecturale actuelle, peu adaptée aux résidents déments ou avec un profil psychiatrique |

## ANNEXE 6

### Projet d'établissement 2/3 pages

#### AXE 1 Adaptation de l'accompagnement aux besoins spécifiques

| Ambition   |   |
|--|---|
| <b>Accueil /<br/>Intégration</b>                   | "L'admission en établissement est une étape douloureuse pour tous les résidents et leurs proches. Pour les résidents touchés par la maladie d'Alzheimer ou par des troubles psychiatriques, la fragilité est accrue et les facultés d'adaptation affaiblies. L'EHPAD entend organiser un accueil renforcé et décliné de manière <b>adaptée pour les résidents fragilisés par la maladie d'Alzheimer ou par des troubles psychiatriques</b> , le jour de l'admission et durant plusieurs semaines."  |
| <b>Soins/activités<br/>adaptés</b>                 | "Autant qu'il se peut, c'est à l'établissement de s'adapter aux résidents fragilisés par la démence ou des troubles psychiatriques, et non l'inverse. Les premiers leviers pour un accompagnement adapté et bientraitant sont la compétence du personnel, la qualité des pratiques au quotidien et les équipements et infrastructures."   |
|  | "Pour les résidents déments ou psychiatriques stabilisés, le premier des soins est une réponse de qualité en termes d'activités adaptées, individuelles ou collectives, à l'intérieur ou à l'extérieur."  |
| <b>Ressources<br/>internes<br/>et<br/>externes</b> | "L'EHPAD, dans la prise en soin adaptée aux besoins spécifiques des résidents Alzheimer ou psychiatriques, entend se positionner comme un établissement de référence. Pour ce dessein, l'EHPAD organise l'articulation de ses ressources et des ressources du territoire, en termes d'activités socioculturelles et d'accompagnement de la démence ou du trouble psychiatrique."  |
| <b>Cohabitation /<br/>Vie affective</b>            | "Pour les résidents psychiatriques jeunes comme pour les résidents touchés par Alzheimer, la question de la liberté d'aller et venir est cruciale. Les espaces ouverts à la circulation doivent être sécurisés et l'harmonie des relations interpersonnelles soutenue. Il s'agit de trouver l'équilibre fin entre la nécessaire sécurisation et l'aspiration à la liberté de déambulation ou promenade des résidents. De même, les désirs affectifs ou sexuels qui existent doivent être accompagnés dans un objectif de santé sexuelle." |

## ANNEXE 6

### Projet d'établissement 3/3 pages

#### AXE 1 Adaptation de l'accompagnement aux besoins spécifiques

| Plan d'actions  |  | Urgence | Facilité | Impact |         |
|---|--|---------|----------|--------|---------|
| <b>Accueil / intégration</b>                            | - <b>Protocole renforcé et spécifique</b>  | 2       | 3        | 2      | S1 2017 |
| <b>Accompagnement adapté</b>                            | - Mise en œuvre <b>d'une approche non médicamenteuse</b>   | 3       | 2        | 3      | 2017    |
|   | - Installation du PASA et UVP  | 1       | 2        | 3      | 2020    |
|   | - <b>Installation d'une unité dédiée résidents / pathologie psychiatrique</b>  | 1       | 1        | 3      | 2018    |
| <b>Professionnalisation des équipes</b>                 | - Formation récurrente maladie d'Alzheimer et démences   | 2       | 2        | 2      | 2017    |
|   | - Formation aux troubles psychiatriques  |         |          |        |         |
|   | - Partage bonnes pratiques hors établissement  |         |          |        |         |
| <b>Soutien des équipes (IDE, AS, ASH) et management</b> | - Réunions ciblées (avec le MEDCO ou le psychiatre traitant) sur les difficultés rencontrées / changements de comportement   | 1       | 3        | 1      | 2017    |
|   | - Analyse des pratiques professionnelles / Supervision   | 3       | 3        | 3      | 2017    |
|   |  |         |          |        |         |
| <b>Ressources extérieures</b>                           | - Développer les partenariats accompagnement Alzheimer (France Alzheimer, ...), les partenariats accompagnement psychiatrique (CMP, H. psy, ...) et socioculturels                                   | 3       | 2        | 3      | 2017    |
| <b>Activités adaptées</b>                               | - Consolider les co-thérapies et activités adaptées psy / Alzheimer (médiation animale, )  | 3       | 2        | 3      | 2017    |
|   | - Proposer des activités individuelles, des sorties  | 1       | 1        | 3      | 2017    |
|   |  |         |          |        |         |
| <b>Cohabitation</b>                                     | - <b>Identifier des solutions pour garantir le vivre ensemble des 3 publics</b> (p. âgées, p. troubles psy, p. maladie Alzheimer) en conservant la spécificité architecturale de l'hébergement (UVP) | 2       | 2        | 2      | 2017/18 |
| <b>Vie affective, sexuelle</b>                          | - Protocole sexualité et santé sexuelle  | 2       | 2        | 2      | 2017    |

## ANNEXE 7

### Typologie des acteurs en psychiatrie

---

**La psychiatrie étant une discipline médicale**, le champ sanitaire pilote sous l'égide de l'établissement "tête de secteur" différents établissements, services ou équipes mobiles spécialisés en psychiatrie. Ainsi, dans le secteur proprement psychiatrique, nous retrouvons ainsi pour les adultes :

- l'hôpital sous la forme de centre hospitalier spécialisé (CHS) ou disposant d'un service spécialisé en santé mentale ; (EPSM)
- l'hôpital de jour (HDJ) qui reçoit des patients en journée ;
- les centres médico-psychologiques (CMP),
- les centres d'accueil permanent (CAP),
- les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP)
- les centres d'accueil et d'urgence psychiatrique (CAUP),
- des unités d'hospitalisation.

**Des établissements ou services dédiés à la prise en soin d'addictions** alcooliques ou toxicologiques peuvent compléter le dispositif, tel que les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Des appartements thérapeutiques sont des lieux d'accueil pour des personnes suffisamment autonomes.

**Dans le champ médico-social et social**, différentes structures viennent accueillir ou soutenir l'autonomie des personnes concernées par les pathologies psychiatriques :

- des ESAT accompagnent des personnes en situation de handicap psychique en capacité de travailler,
- des foyers d'hébergement (FH), des foyers de vie (FV) peuvent accueillir des personnes présentant des troubles modérés,
- les foyers d'accueil médicalisé (FAM) autrefois appelés foyer à double tarification sont à même de prodiguer à la fois l'accompagnement social et le soin dans un mode hébergé,
- les maisons d'accueil spécialisé (MAS) assurent également une double prise en soin en s'adressant à des personnes présentant des troubles plus sévères que les personnes accueillies en FAM.

D'autres services relevant du champ médico-social ou social interviennent à domicile :

- les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) soutiennent sans être toutefois spécifiquement dédiés au handicap psychique ou aux troubles psychiatriques,
- les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

## ANNEXE 8

### Liste des conventions signées

---

Des conventions ont ainsi été signées avec :

- les acteurs sanitaires (AP-HP, HAD),
- le réseau de soins palliatifs du territoire,
- les acteurs de santé ambulatoire (médecins libéraux, infirmiers libéraux, ophtalmologue et opticien, audioprothésiste, orthophoniste, cabinet dentaire, prothésiste, dentiste à domicile, kinésithérapeutes et pédicure-podologue) et d'esthétique (salon de coiffure),
- les prestataires et fournisseurs sanitaires (laboratoire, pharmacie, nutrition entérale, matériel médical),
- des ressources spécialisées dans l'accompagnement de personnes ayant une pathologie psychiatrique (le centre médico-psychologique et le centre d'activité thérapeutique à temps partiel, un médecin psychiatre libéral),
- mais également des acteurs de l'enseignement et de la formation (IFSI, lycée professionnel),
- ainsi que des bénévoles, des volontaires du Service civique et les prestataires d'activités socioculturelles (animation musicale et musicothérapie, art floral, atelier théâtre et lecture, bibliothèque, conservatoire et cinéma municipaux)

## ANNEXE 9

### Extrait des schéma territoriaux (4 pages)

#### Schéma d'organisation médico-social ARS IDF



Schéma d'organisation médico-social

AXES et PRIORITES

|  | Défi 1<br>du<br>PSRS | Défi 2<br>du<br>PSRS | Défi 3<br>du<br>PSRS |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Axe 1 : Organiser une offre médico-sociale adaptée et de proximité</b>  |                      |                      |                      |
| Action/priorité 1 : Réduire les inégalités territoriales pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux par une diversification de l'offre et une création de places dans les territoires sous dotés | X                    | X                    | X                    |
| Action/priorité 2 : Restructurer l'offre pour suivre l'évolution démographique et les aspirations nouvelles des populations  |                      | X                    | X                    |
| Action/priorité 3 : Renforcer une logique d'efficience du système  | X                    | X                    | X                    |
| <b>Axe 2 : Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de santé répondant aux besoins des personnes</b>  |                      |                      |                      |
| Action/priorité 1 : Organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie   | X                    | X                    | X                    |
| Action/priorité 2 : Favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social) pour une prise en charge globale et sans rupture des personnes          | X                    | X                    | X                    |
| Action/priorité 3 : Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics   | X                    | X                    | X                    |
| Action/priorité 4 : Développer une démarche de bientraitance   | X                    | X                    | X                    |
| Action/priorité 5 : Améliorer le soutien aux aidants (formation, reconnaissance de leur action, prise en compte de leur santé)   | X                    | X                    | X                    |
| Action/priorité 6 : Valoriser les métiers du médico-social   |                      | X                    | X                    |

13/14

**Axe 2 / Action/priorité 2 :** Favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs pour une prise en charge globale et sans rupture

Schéma d'organisation médico-social ARS IDF

**Axe 2 / Action/priorité 3 :** Améliorer la qualité des prestations pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins et à la diversité des publics

Schéma d'organisation médico-social ARS IDF

## Schéma gérontologique de Seine-Saint-Denis

**Programme d'actions  
du Schéma départemental  
2013-2017**

| Axe 1 - Permettre les choix de vie et le citoyenneté                 |  | Pilotes                                    |
|--|--|--|
| <b>Orientation 1 Favoriser la vie sociale</b>                        |  |  |
| Fiche 1  | Favoriser les activités développant le lien social en respectant les souhaits des personnes      | Communes, Conseil général                  |
| Fiche 2  | Promouvoir la culture pour les personnes âgées   | DRAPH - DCPSL                              |
| Fiche 3  | Faciliter les déplacements des personnes âgées   | Conseil général, Communes                  |
| <b>Orientation 2 Garantir l'accès aux droits</b>                     |  |  |
| Fiche 4  | Informier les publics de manière adaptée, pertinente et accessible                               | Conseil général, CLIC, Communes            |
| Fiche 5  | Associer les personnes aux décisions qui les concernent et respecter leurs choix                 | Conseil général, ARS, DDCS                 |
| <b>Orientation 3 Assurer la protection des personnes vulnérables</b> |  |  |
| Fiche 6  | Se mobiliser contre l'isolement des personnes âgées  | Conseil général, DDCS, Communes            |
| Fiche 7  | Prévenir la maltraitance   | DDCS, ARS, Conseil général                 |
| Axe 2 - Accompagner les parcours de vie                              |  | Pilotes                                    |
| <b>Orientation 1 Diffuser une culture de prévention</b>              |  |  |
| Fiche 8  | Promouvoir la prévention de la perte d'autonomie   | CNAV, PRF, ARS                             |
| Fiche 9  | Faciliter l'accès à un logement adapté   | FACT-ARIM, DRH                             |
| <b>Orientation 2 Garantir un accompagnement individualisé</b>        |  |  |
| Fiche 10   | Mieux informer les professionnels pour mieux accompagner   | Conseil général                            |
| Fiche 11   | Construire un dispositif d'évaluation globale partagé par l'ensemble des acteurs gérontologiques | Conseil général                            |
| Fiche 12   | Travailler en réseau autour des situations individuelles   | Conseil général, MAS, réseaux gériatriques |
| Fiche 13   | Prévenir les ruptures dans l'accompagnement  | Conseil général, ARS                       |
| <b>Orientation 3 Soutenir les aidants familiaux</b>                  |  |  |
| Fiche 14   | Considérer les aidants familiaux comme partenaires de l'accompagnement                           | Conseil général                            |
| Fiche 15   | Garantir le droit au répit   | ARS, Conseil général                       |

18

**Fiche N°12 :** *Travailler en réseau autour des situations individuelles*

Schéma gérontologique 93, page 18

**Fiche N°13 :** *Prévenir les ruptures dans l'accompagnement*

Schéma gérontologique 93, page 18

| Axe 3 - Favoriser une offre de services diversifiée et de qualité en soutenant le choix du domicile               |   | Pilotes   |
|---|---|---|
| <b>Orientation 1 Favoriser une offre coordonnée et équilibrée répartie</b>  |   |   |
| Fiche 16  | Améliorer l'équité d'accès à l'offre d'aide et de soins   | ARS, Direccte, Conseil général                                  |
| Fiche 17  | Assurer la cohérence des dispositifs de coordination de l'offre d'aide et de soins                      | Conseil général, ARS  |
| Fiche 18  | Favoriser une dynamique de coopération avec les acteurs de la santé mentale                             | ARS   |
| <b>Orientation 2 Favoriser l'adaptation de l'offre de services et de soins à domicile et en établissement</b>     |   |   |
| Fiche 19  | Développer la connaissance des besoins des populations pour adapter les réponses dans chaque territoire | Conseil général   |
| Fiche 20  | Améliorer la qualité de l'offre à domicile ou en établissement  | Conseil général   |
| Fiche 21  | Encourager l'adaptation de l'offre des logements  | Conseil général, communes ou gestionnaires de logements sociaux |
| Axe 4 - Garantir la mise en œuvre du Schéma et l'adaptation des actions aux évolutions législatives et sociétales |   | Pilotes   |
| <b>Orientation 1 Assurer la mise en œuvre du Schéma départemental au niveau des bassins gérontologiques</b>       |   |   |
| Fiche 22  | Mettre en place une animation territoriale de concertation et d'actions avec les partenaires            | Conseil général, ARS  |
| Fiche 23  | Développer une démarche participative des professionnels et des usagers                                 | CODERH  |
| <b>Orientation 2 Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du Schéma au niveau départemental</b>                   |   |   |
| Fiche 24  | Mettre en place le système de pilotage et de suivi-évaluation du Schéma                                 | Conseil général   |

**Fiche N°18 :** *Favoriser une dynamique de coopération avec les acteurs de la santé mentale*

Schéma gérontologique 93, page 19

## Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes handicapées

> **Axe stratégique 3** : *Mieux accompagner les parcours de vie pour anticiper les changements et faciliter les transitions*

> **Axe stratégique 4** : *Développer une offre de services diversifiée et complémentaire*



| seine-saint-denis<br>LE DÉPARTEMENT  |  | schéma départemental<br>en faveur<br>des personnes handicapées<br>2012<br>2016 |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|---------------------|---------------------|--------------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| <p>h) Action n°13 : <i>Élargir l'instance départementale de traitement des situations complexes aux jeunes âgés de 16 à 25 ans et aux personnes handicapées vieillissantes</i></p>   |  |  |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>Diagnostic partagé des acteurs (contexte) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Chaque année, les professionnels de la MDPH ont à traiter des dossiers individuels qui se caractérisent par une complexité d'évaluation et de mise en œuvre élevée.</li> <li>✓ Si la co-évaluation et la pluridisciplinarité sont recommandées, les moyens humains disponibles ne les rendent possibles que très rarement, pour les situations les plus complexes.</li> <li>✓ Par ailleurs, l'équipe d'évaluation, travailleurs sociaux notamment, a renforcé sa contribution à la mise en œuvre des plans d'aide, au moyen de contacts avec les services d'accompagnement des personnes et, pour les situations les plus complexes, au travers d'une instance de travail partenariale qui permet de répartir les rôles des services (SAVS, service social départemental, d'aide à la personne, personnes handicapées). Toutefois, la présence régulière de la psychiatrie de secteur fait défaut.</li> <li>✓ Cette instance de travail gagnerait à être élargie au domaine des jeunes âgés de 16 à 25 ans, et des situations complexes liées au vieillissement des personnes handicapées.</li> </ul> |  |  |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Répondre aux besoins des personnes handicapées, dont les jeunes âgés entre 16 et 25 ans et les personnes handicapées vieillissantes.</li> <li>➢ Améliorer et adapter l'offre de réponses pour ces personnes.</li> </ul>   |  |  |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>Publics concernés :</b> Professionnels des secteurs du Handicap et de la gérontologie</p>  |  |  |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>Modalités opératoires</b></p> <p><u>Au niveau institutionnel :</u><br/>1- Identifier les typologies de situations individuelles pouvant s'avérer complexes et devant faire l'objet d'un examen en commission spécifique.</p> <p><u>Au niveau opérationnel :</u><br/>1- S'appuyer sur la commission existante sur le soutien à domicile, en associant les acteurs et les professionnels potentiellement concernés par une situation particulière.<br/>2- Établir un calendrier de réunion de cette commission dans l'année.</p>   |  |  |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>Pilote de l'action</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ MDPH</li> </ul>  | <p><b>Acteurs impliqués dans l'action</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conseil général (DPAPH)</li> <li>✓ ARS</li> <li>✓ Secteur sanitaire</li> <li>✓ Professionnels des secteurs du Handicap et de la gérontologie</li> <li>✓ Associations</li> </ul> |  |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
| <p><b>Calendrier de mise en œuvre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sur la durée du schéma</li> </ul>   | <p><b>Moyens nécessaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ETP MDPH</li> </ul>  |  |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicateurs de l'action</th> <th>Périodicité</th> <th>Résultats attendus</th> <th>Résultats effectifs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre de situations examinées</td> <td>Annuelle (Cf. rapport d'activité de la MDPH)</td> <td>Augmentation du nombre de situations examinées</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nombre de réunions de l'instance</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>  | Indicateurs de l'action  | Périodicité  | Résultats attendus  | Résultats effectifs | Nombre de situations examinées | Annuelle (Cf. rapport d'activité de la MDPH) | Augmentation du nombre de situations examinées |  | Nombre de réunions de l'instance |  |  |  |  |  |  |
| Indicateurs de l'action  | Périodicité  | Résultats attendus   | Résultats effectifs |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de situations examinées   | Annuelle (Cf. rapport d'activité de la MDPH)   | Augmentation du nombre de situations examinées                                 |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de réunions de l'instance   |  |  |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |
| <small>Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées 2012-2016 Page 54</small>   |  |  |                     |                     |                                |  |  |  |                                  |  |  |  |  |  |  |

**Action N°13** : *Élargir l'instance de traitement des cas complexes aux personnes handicapées vieillissantes (notamment pour la psychiatrie)*

Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes handicapées, page 54

a) Action n°20 : Favoriser la formation des acteurs du handicap à la gérontologie

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Diagnostic partagé des acteurs (contexte) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 34% des allocataires de l'AAH sont âgés de plus de 50 ans (CAF 93, 2010). Parmi eux, les personnes vivant en domicile ordinaire sont souvent seules (les deux-tiers seraient célibataires).</li> <li>✓ Parmi les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH aide humaine, 725 ont plus de 60 ans (304 bénéficiaires de la PCH et 421 de l'ACTP).</li> <li>✓ A domicile, le constat est fait d'une insuffisante qualification des intervenants à la spécificité des personnes handicapées vieillissantes.</li> </ul>  |   |
| <p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Permettre une meilleure prise en charge de la personne handicapée vieillissante.</li> <li>➢ Favoriser l'interconnaissance des acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes handicapées âgées.</li> <li>➢ Favoriser les réseaux d'acteurs.</li> <li>➢ Faire émerger des outils communs (évaluation, fiches de transmission d'information...)</li> </ul>  |   |
| <p><b>Publics concernés :</b> Ensemble de professionnels des secteurs du Handicap et de la gérontologie</p>   |   |
| <p><b>Modalités opératoires</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solliciter les partenaires pertinents pour mettre en place une offre de formation : universités, Conseil régional, établissements, SAAD, HAD, associations, etc.</li> <li>2. Favoriser et faire circuler l'information sur les initiatives des partenaires en termes de mutualisation de formation (aspect théorique, connaissances), de stages d'immersion (volet concret, échange de pratiques).</li> <li>3. Identifier des structures pilotes comme lieux ressource pour les formations (des structures d'accueil pour personnes handicapées spécialisées dans l'accompagnement de personnes handicapées âgées, ou des structures de la gérontologie accueillant des personnes handicapées).</li> <li>4. Organiser des rencontres thématiques/colloques sur le vieillissement des personnes handicapées, associant les acteurs de la gérontologie et du handicap.</li> </ol> |   |
| <p><b>Pilote de l'action</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conseil général (DPAPH)</li> </ul>  | <p><b>Acteurs impliqués dans l'action</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Professionnels des secteurs du handicap et de la gérontologie</li> <li>✓ Établissements et services médico-sociaux</li> <li>✓ Centres ressources Handicap</li> </ul> |
| <p><b>Calendrier de mise en œuvre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sur la durée du schéma</li> </ul>  | <p><b>Moyens nécessaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ETP DPAPH</li> </ul>  |

**Action N°20 : Favoriser la formation des acteurs du handicap à la gérontologie**

Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes handicapées, page 71

## ANNEXE 10

### Informations résidents à profil psychiatrique (exemples)

| Prénom NOM  |   | M   | M   | F  |
|---|---|---|---|--|
| Sexe  |   | M   | M   | F  |
| Âge   |   | 66  | 68  | 66   |
| Année d'admission en EHPAD                            |   | 2015  | 2017  | 2007   |
| Lieu de vie juste avant l'admission :                 |   |   |   |  |
| - hébergement à domicile                              |   |   |   |  |
| - hébergement précaire : chez un ami, dans la rue ... | 1 | Hôtel social, rue   | 1   | Hôtel social, rue  |
| - hospitalisation en psychiatrie                      |   |   | 1   | Hospitalisation V.-E.  |
| - hospitalisation hors psychiatrie                    |   |   |   |  |
| - hébergement médico-social                           |   |   |   |  |
| Pathologie(s) psychiatrique(s) diagnostiquées         | 1 | Ethylisme chronique, syndrome anxiodépressif  | 1   | Idees délirantes à type de persécution   |
| Pathologie(s) psychiatrique(s) suspectées             | 1 | Troubles bipolaires, psychose   |   | 1  |
| Symptomatologie / expression des troubles en EHPAD    |   | Positionnement inadapté, ingérence institutionnelle, incurie                            | 1   | Hallucinations auditives, idées persécutives, troubles de l'organisation de la pensée, confusion |
| Troubles du comportement perturbateur                 | 1 | Phase maniaque, irritabilité  | 1   | Hétéroagressivité, agitation, anxiété sévère, logorrhée  |
| Troubles déficitaires                                 | 1 | Phase de dépression sévère  |   |  |
| Episode aigu dans l'EHPAD                             | 1 | Phase maniaque, menace de suicide   | 1   | Hétéroagressivité, agitation, propos délirants   |
| Expression de la souffrance psychique                 |   | Exprimée mais peu élaborée, menace de suicide   | 1   | Exprimée par les plaintes somatiques incessantes   |
| Evolution depuis l'admission                          | 1 | Fluctuant   | 0   | Sans objet   |
| Suivi psychologue de l'EHPAD                          | 1 | Mensuel   | 1   | Mensuel  |
| Suivi psychiatre ambulatoire sur site                 | 1 | Mensuel   | 1   | Mensuel  |
| Suivi CMP psychiatre                                  | 1 | Rupture de suivi  |   |  |
| Suivi CMP psychologue                                 |   |   |   | 1  |
| Suivi CMP infirmière                                  |   |   |   |  |
| Suivi CATTP   | 0 | Proposé mais refusé   |   |  |
| Suivi CSAPA   | 1 | Suivi avant sevrage réussi  |   |  |
| Comorbidité   | 1 |   | 1   |  |
| Pathologie(s) somatique(s)                            |   | Cirrhose alcoolique, cardiopathie, HTA, varices, ulcères, hernie, troubles de la marche |   | 1  |
| Maladies neurodégénératives diagnostiquées            |   |   |   |  |
| Maladies neurodégénératives suspectées                |   |   |   |  |
| Dépendance : GIR                                      |   | 4   |   | 3  |
| Handicap moteur                                       |   |   | Hémiplégie  | Troubles de la marche suite accident sur la voie publique  |
| Handicap psychomoteur                                 |   |   |   |  |
| Handicap sensoriel                                    |   |   | Vue   | Vue  |
| Handicap intellectuel                                 |   |   |   |  |
| Orientation MDPH handicap psychique                   |   |   |   |  |
| Orientation MDPH autre handicap                       |   |   |   |  |
| Densité du lien avec les autres résidents             |   | quotidien   | quotidien   | Quotidien  |
| Densité du lien avec les professionnels de l'ehpad    |   | quotidien   | quotidien   | Quotidien  |
| Densité du lien avec la famille                       |   | rare  | Null  | Fréquent, à distance   |
| Densité du lien avec l'extérieur                      |   | nulle   | Sans objet  | Sans objet   |
| Qualité du lien avec les autres résidents             |   | Aidant, accès de violence épisodiques, proximité gênante                                | Qualité du lien altéré : harcelant avec les résidents | En recherche permanente de contacts, bon relationnel   |
| Qualité du lien avec les professionnels de l'ehpad    |   | Positionnement inadapté, ingérence institutionnelle                                     | Très irritable  | Très en demande, bon relationnel   |
| Qualité du lien avec la famille                       |   | Sans objet  | Null  | Bonne mais téléphonique seulement  |
| Qualité du lien avec l'extérieur                      |   | Sans objet  | En rupture de lien                                    |  |
| Bénéficiaire de l'aide sociale                        |   |   |   |  |
| Protection judiciaire                                 |   |   |   |  |
| Protection judiciaire                                 |   |   |   |  |
| Suivi ergothérapie                                    |   |   |   |  |
| Suivi kiné  | 1 | Programmé   | 1   | Programmé  |
| Suivi orthophonie                                     |   |   |   |  |
| Participation /activités d'animation collectives      |   |   |   |  |
| Participation /activités d'animation individuelles    |   |   |   |  |
| Participation à la zoothérapie                        | 1 |   |   |  |
| Participation aux activités hors de l'EHPAD           |   |   |   |  |
| Conduites à risque                                    |   |   |   | 1  |
| Addiction   | 1 | Risque alcoolique   |   |  |
| Commission de violence                                | 1 | Passage à l'acte hétéroagressif (coups, menaces)  | 1   | Suspicion de passage à l'acte hétéroagressif   |
| Conduite sexuelle à risque                            | 1 | Possible  |   | 1  |
| Délinquance   | 1 | Passé délinquant relaté par le résident   | 1   | Passé judiciaire non documenté   |
| Tentative de suicide                                  |   |   |   |  |
| Traumatisme   | 1 |   | 1   | 1  |
| Grande précarité, exclusion                           | 1 | A vécu dans la rue  | 1   | A vécu dans la rue   |
| Victime de violence, négligence conjugale             |   |   |   | 1  |
| Victime de violence, négligence parentale             |   |   |   | 1  |
| Victime de "violence financière"                      | 1 | Plainte déposée par lui   |   |  |
| Deuil difficile                                       | 1 | Parents   |   |  |
| Séparation difficile                                  | 1 |   | 1   | Possible   |
| Exil difficile  | 1 | A vécu au Brésil jusqu'à sa séparation  | 1   | Possible   |
| Rupture des liens familiaux                           | 1 | 3 enfants au Brésil   | 1   | 6 dont 2 en France   |
| Autre traumatisme psychologique dans l'enfance        |   |   |   |  |
| Autre traumatisme psychologique dans la vie adulte    |   |   |   |  |
| Difficultés exprimées par les professionnels          | 1 | Refus de soin, positionnement inadapté, ingérence institutionnelle                      | 1   | Refus de soin, agressivité, en demande de renseignements permanente                              |
| Capacité à comprendre ou se faire comprendre          |   |   | 1   | Non francophone  |
| Administration du médicament                          |   |   | 1   | Refus du traitement  |
| Violence verbale                                      | 1 | Fréquente   | 1   | Fréquente  |
| Violence physique                                     | 1 | Occasionnelle   | 1   | Possible   |
| Toilette / change                                     |   |   |   |  |
| Prise alimentaire                                     |   |   |   |  |
| Propreté de la chambre                                | 1 |   |   |  |
| Autres : ...  |   |   |   |  |
| Autres : ...  |   |   |   |  |
| Autres : ...  |   |   |   |  |
| Autres : ...  |   |   |   | Accumulation d'objets  |

## ANNEXE 11

### Critères d'admission Unité dédiée

---

A l'échelle de la résidence "Clémence Charles", les résidents présentant un profil psychiatrique sont déjà présents et dénombrables. Les futures demandes d'admissions feront l'objet d'une procédure d'examen du dossier *spécifique*, appelant les compétences pertinentes : médecin, psychiatre, psychologue notamment.

La définition des profils éligibles *a priori* sera affinée en groupe de travail pluridisciplinaire et pourra évoluer. En outre, la commission d'admission dédiée aura la possibilité et le devoir, si la situation de la personne l'exige et le permet, de proposer une admission dérogeant aux critères d'éligibilité "*centraux*".

En termes pragmatiques, nous retenons comme profils indicatifs : les personnes âgées de 55 ans et plus, en situation de sénescence et présentant une pathologie à l'origine d'un handicap psychique, telle que définie par l'UNAFAM :

- les psychoses et particulièrement les schizophrénies,
- les troubles dépressifs graves,
- les troubles anxieux majeurs dans le cadre de personnalités dysfonctionnelles comme les états-limites, personnalité borderline,
- les troubles névrotiques graves,
- les syndromes du spectre autistique.
- d'autres situations pathologiques comme les syndromes frontaux, certaines démences liées à une maladie ou à un toxique, certaines maladies neurodégénératives.

## ANNEXE 12

### Etape du projet 1/3

|                                     |    |  |  |
|-------------------------------------|----|--|--|
| nov-16                              | E0 | <b>Accord de principe du DG et CA</b>  |  |
| Calendrier                          |    | <b>Avant-Projet</b>  | <u>Responsable /</u><br>Participants permanents                    |
| nov-16                              | E1 | <b>Communication interne / CODIR</b>   |  |
|                                     |    | Présenter le projet aux membres du CODIR<br>Fédérer et mobiliser le CODIR  | <u>Directeur</u>   |
| nov-16<br>à<br>juin-18<br>(19 mois) | E2 | <b>Installation du comité de pilotage</b>  |  |
|                                     |    | Identifier les acteurs du projet<br>Identifier le diagramme de responsabilité (RACI)<br>Elaborer une matrice de gestion des risques et responsabilités<br>Créer le macro-planning : diagrammes de GANT et PERT<br>Définir le comité de pilotage (participants, rôle et objectifs, fréquence, durée)  | <u>Directeur / COPIL</u>   |
| nov-16<br>à<br>mars-17<br>(4 mois)  | E3 | <b>GROUPE DE TRAVAIL N°1 : Montée en compétence</b>  |  |
|                                     |    | Auditer les pratiques internes d'accompagnement des personnes ayant un profil psychiatrique<br>Réaliser une recherche documentaire sur les besoins et accompagnements spécifiques<br>Recenser les ressources et partenaires du territoire (CMP, EPSM, CATT, FAM, MAS, FV, Equipe mobile géronto-psychiatrie, Psychiatre ambulatoire, ...)<br>Réaliser des entretiens avec les personnes-ressources du territoire<br>Identifier les personnes-clefs sur le territoire (champs : sanitaire, médico-social, politique, associatif, représentant d'usagers) conseil local de santé mentale<br>Rechercher des benchmarks (unité dédiée existant au niveau national)<br>Préciser la population concernée interne à l'établissement (nombre de personnes, profils, besoins spécifiques, besoins non couverts)<br>Dimensionner la population concernée sur le territoire | <u>Psychologue /</u><br>MEDCO / Siège pôle<br>handicap / Directeur |
| mars-17                             | E4 | <b>Validation du projet auprès de la Direction Générale</b>  |  |
|                                     |    | Définir un projet affiné (avec éventuellement différentes options)<br>Définir les moyens nécessaires (matérielles, humaines) en quantité et en qualité<br>Désigner le référent opérationnel de l'unité de vie dédiée (psychologue, psychomotricien, éducateur spécialisé...)<br>Définir la répartition budgétaire cible :<br>- établissement (dotation actuelle, mesures nouvelles)<br>- gestionnaire (mutualisation, mise à disposition)<br>- financements extérieurs (autorités de tarification, autres ...)<br>Consolider le budget prévisionnel<br>Présenter le projet à la DG pour validation   | <u>Directeur</u>   |

## ANNEXE 12

## Etape du projet 2/3

| Calendrier                           | <b>Projet</b>   | Responsable /<br>Participants permanents                               |
|--------------------------------------|---|--|
| mars-17                              | <b>E5</b><br><b>Communication interne / générale</b><br>Informer les IRP<br>Informer, fédérer, mobiliser les salariés<br>Informer le CVS<br>Informer les résidents et les familles  | <u>Directeur</u>   |
| mars-17<br>à<br>sept-17<br>(6 mois)  | <b>E6</b><br><b>GROUPE DE TRAVAIL N°2 : Organisation et fonctionnement de l'unité de vie dédiée (UV)</b><br>Construire le projet thérapeutique de l'unité<br>Identifier les critères d'inclusion dans l'unité<br>Établir la procédure du diagnostic<br>Déterminer les résidents admis<br>Identifier les critères éventuels de sortie de l'unité<br>Définir les critères d'évaluation de l'efficacité de l'accompagnement<br>Modéliser l'organisation cible de fonctionnement<br>Identifier les compétences nécessaires (ex. : aide-soignant de psychiatrie, éducateur spécialisé, moniteur éducateur)<br>Déterminer les compétences disponibles en interne<br>Etablir les critères de sélection des salariés en interne<br>Déterminer les compétences non disponibles en interne<br>Etablir les critères de sélection des salariés à recruter | Directeur /<br>Psychologue XI<br>MEDCO / DRH                           |
| mars-17<br>à<br>mars-18<br>(12 mois) | <b>E7</b><br><b>GROUPE DE TRAVAIL N°3 : Partenariat avec les ressources du territoire</b><br>Organiser les partenariats techniques nécessaires<br>Organiser la coopération en réseau avec les structures accueillant des personnes ayant des pathologies psychiatriques (MAS, FAM, VF, Hôpital)<br>Communiquer vers les personnes-clefs du territoire pour obtenir adhésion et appui technique envers les autorités de tarification   | <u>MEDCO</u> / Directeur   |
| mai-17<br>à<br>mars-18<br>(10 mois)  | <b>E8</b><br><b>GROUPE DE TRAVAIL N°4 : Adaptation de l'organisation et du fonctionnement de l'EHPAD</b><br>Identifier les impacts sur le fonctionnement de l'EHPAD pour créer les conditions de la continuité d'accompagnement du résident<br>Identifier l'organisation de travail pour désamorcer un potentiel clivage entre les professionnels de l'unité dédiée et de l'EHPAD<br>Adapter le projet d'établissement de l'EHPAD<br>Adapter le projet d'animation de l'EHPAD<br>Adapter les outils de la loi 2002-2  | <u>Référent opérationnel</u><br><u>UV</u> / CODIR / Resp.<br>Animation |
| déc-17                               | <b>E9</b><br><b>Validation du projet par les autorités de tarification</b>  | <u>Directeur</u> / Siège   |

|                                    |     |   |  |
|------------------------------------|-----|---|--|
|                                    |     | Présentation à l'ARS<br>Présentation au conseil départemental<br>Accord budgétaire  |  |
| déc-17<br>à<br>juin-18<br>(4 mois) | E10 | <b>GROUPE DE TRAVAIL N°5 : Installation de l'unité dédiée</b><br>Sélectionner en interne et former les salariés de l'unité<br>Recruter les salariés pour les compétences manquantes<br>Réaliser les petits travaux d'aménagement des espaces dévolus à l'unité<br>Réaliser les achats d'équipements<br>Ouvrir l'unité 1/6/2018  | <u>Directeur</u> /<br>Réfèrent opérationnel<br>UV / DRH / CODIR                              |
| mars-18<br>puis<br>continue        | E11 | <b>Communication externe</b><br>Élaborer la stratégie de communication externe afin de renforcer l'inscription et la notoriété de l'EHPAD dans le territoire  | <u>Directeur</u>   |
| juin-18<br>puis<br>semestre        | E12 | <b>GROUPE DE TRAVAIL N°6 : Suivi de la mise en œuvre opérationnelle à l'ouverture</b><br>Mesurer les impacts sur les résidents et ajuster le projet thérapeutique<br>Suivre les indicateurs d'évaluation<br>Organiser le partage de bonnes pratiques avec les unités dédiées existantes<br>Mettre en place une procédure de retour d'expérience avec les partenaires techniques | <u>MEDCO</u> / Directeur /<br>Réfèrent opérationnel<br>UV / Psychologue<br>(si non réfèrent) |

## ANNEXE 13

### Tableau d'évaluation du projet

| <b>Evaluation du Projet : To / T3 mois, T 6 mois, T annuels</b> |   |
|---|---|
| <b>1</b>  | <p><b>Evaluation à To</b><br/>caractéristiques des résidents admis à l'unité (niveau des troubles, cf. indicateurs de résultat)</p>   |
| <b>2</b>  | <p><b>Retours qualitatifs par entretien</b><br/>de la part des professionnels<br/>de la part des familles<br/>de la part des autres résidents</p>   |
| <b>3</b>  | <p><b>Suivi du fonctionnement de l'unité dédiée (indicateurs de moyen)</b><br/>Nombre de journées<br/>Nombre de personnes accueillies<br/>Nombre d'activités thérapeutiques proposées<br/>Nombre de sorties proposées<br/>Nombre de partenariats actifs<br/>Nombre de journées d'accompagnement par les partenariats</p>  |
| <b>4</b>  | <p><b>Impacts sur le résident (indicateurs de résultat)</b><br/>Nombre d'activités thérapeutiques/sorties pour chaque résident de l'unité<br/>Fréquence de participation aux activités thérapeutiques/sorties pour chaque résident de l'unité<br/>Taux de participation aux activités thérapeutiques/sorties pour chaque résident de l'unité<br/>Évolution des troubles (nombre, fréquence, intensité)<br/>Évolution de la consommation médicamenteuse<br/>Évolution du poids<br/>Évolution du comportement =&gt; indicateurs à définir<br/>Autre évolution (somatique) =&gt; indicateurs à définir</p> |
| <b>5</b>  | <p><b>Mesure des impacts sur l' EHPAD</b><br/>Suivi et analyse des événements indésirables<br/>Complémentarité du projet thérapeutique de l'unité et du projet d'animation de l'EHPAD<br/>Impact sur la notoriété et la réputation de l'EHPAD</p>   |
| <b>6</b>  | <p><b>Organisation du travail</b><br/>Nombre de professionnels formés<br/>Motivation des professionnels (absentéisme, turn over, entretien annuel)<br/>Absence ou non d'un clivage entre professionnels unité dédiée / EHPAD<br/>Évolution du climat social</p>   |

DAURE

François

Novembre 2017

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Paris Île-de-France**

**Créer en EHPAD un dispositif d'accompagnement adapté aux besoins  
spécifiques des résidents ayant une pathologie psychiatrique**

**Résumé :**

L'espérance de vie des personnes présentant une pathologie psychiatrique augmente significativement, à l'image de la population générale. Dès lors, la question de la prise en soin de ces personnes se pose quand l'avancée en âge vient fragiliser leur état général et leur autonomie.

L'ampleur de l'évolution démographique et épidémiologique, en cours et à venir, appelle une réponse du champ médico-social, à la fois adaptée à la spécificité des besoins et suffisamment calibrée.

Cette réalité est déjà effective au sein de l'EHPAD "Clémence Charles" où un quart des 85 résidents présente des pathologies psychiatriques sérieuses (schizophrénies, psychoses, troubles bipolaires).

L'analyse démontre l'inadéquation entre les prestations d'un EHPAD conventionnel et les attentes et besoins de ces résidents, plus jeunes et très différents du public très âgé, aujourd'hui accueilli en EHPAD.

Le mémoire présente le projet de création au sein de l'EHPAD d'une Unité dédiée à ces résidents, permettant de mettre en œuvre un accompagnement adapté à la spécificité de leurs besoins et de leurs attentes.

**Mots clés :**

EHPAD, ADAPTATION, ACCOMPAGNEMENT, BIEN-TRAITANCE, PSYCHIATRIE, MALADIE PSYCHIATRIQUE, HANDICAP PSYCHIQUE, PARTENARIAT, TERRITOIRE

*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.*