Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **décembre 2018**

La prise en charge en EHPAD de la personne âgée issue de psychiatrie : l'exemple d'une structure rattachée à l'établissement public de santé mentale Guillaume Régnier

Alexandre GRIS

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Madame Anne Genin, directrice de l'offre médico-sociale adulte au Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) qui m'a accompagné durant les huit mois de stage et a permis la réalisation des nombreux entretiens qui viennent enrichir ce mémoire.

Mes remerciements s'adressent aussi à Madame Anaïs Jehanno, directrice des Projets, de la Qualité, des Relations avec les Usagers et de la Communication, qui m'a proposé d'intervenir dans le cadre du Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM) pour l'Ille-et-Vilaine et durant lequel j'ai pu collecter des données pour ce présent travail.

Je tiens également à remercier Monsieur Bernard Garin, Directeur Général du CHGR, qui a rendu mon stage possible au sein de son établissement.

Enfin, je souhaite remercier l'ensemble des personnes interrogées, et elles sont nombreuses, sur le Gérontopôle (ex pôle personnes âgées) du CHGR et sur l'EHPAD de Châteaugiron en particulier, sans oublier la pharmacienne de l'établissement. Ce mémoire ne serait pas complet sans leurs apports.

Sommaire

Introduction 3
Précisions sur le sujet du mémoire 7
1 La prise en charge des personnes âgées issues de psychiatrie s'inscrit dans un contexte de forte prévalence des troubles psychiques, de réductions capacitaires dans les établissements de santé mentale et de défiance à l'égard de ces populations 9
1.1 La prévalence des maladies psychiatriques est importante en France, et notamment en Bretagne, où la population âgée est la plus vulnérable face à ces troubles 9
1.1.1 Les maladies psychiatriques, prépondérantes en France, engrangent des niveaux élevés de dépenses et font reculer la qualité de vie des populations concernées 9
1.1.2 La Bretagne et le département de l'Ille-et-Vilaine figurent parmi les territoires les plus touchés par la prévalence des maladies psychiatriques 10
1.1.3 La population âgée apparaît comme particulièrement vulnérable face aux maladies psychiatriques, surtout en institutions 11
1.1.4 Le vieillissement de la population en Ille-et-Vilaine invite à repenser la prise en charge des personnes âgées 12
1.1.5 Le CHGR est confronté à la prise en charge des personnes âgées mais ne dispose pas d'une filière dédiée 13
1.2 Les réductions capacitaires en psychiatrie ont fait du secteur médico-social, et en particulier des EHPAD, des structures d'aval pour les anciens patients 14
1.2.1 La prise en charge des personnes âgées issues de psychiatrie s'inscrit dans un contexte de diminution capacitaire 14
1.2.2 Dans ce contexte, l'hospitalisation complète des patients âgés est apparue de plus en plus injustifiée et coûteuse 16
1.2.3 Le transfert du sanitaire vers le médico-social a pu être appréhendé sous l'ange de la seule réduction de moyens 17
1.3 Les personnes âgées issues de psychiatrie sont peu accueillies dans les EHPAD « classiques » et ne bénéficient pas de structures et de financements dédiées 18
1.3.1 Les personnes âgées issues de psychiatrie ne font pas l'objet de politiques publiques dédiées 18
1.3.2 La personne âgée issue de psychiatrie est un indésirable dans les services d'hospitalisation d'établissement de santé mentale 19

1.3.3 Les EHPAD « classiques » sont souvent réticents à accueillir ces profils atypiques de résidents 20
1.3.4 La cohabitation entre personnes âgées issues de psychiatrie et celles issues du domicile se révèle parfois compliquée.....22
1.3.5 Des résidents habitués à vivre en institution qui s'intègrent plutôt bien à l'EHPAD 24
1.3.6 La prise en charge de ces résidents en EHPAD se voit opposer la non-reconnaissance financière des pathologies mentales 24
2 L'EHPAD du CHGR accueille une population atypique nécessitant un fonctionnement adapté, parfois proche du champ sanitaire 26
2.1 La population accueillie sur les sites de l'EHPAD du CHGR ne correspond pas aux profils rencontrés dans les EHPAD « classiques » 26
2.1.1 L'EHPAD du CHGR accueille des résidents aux profils atypiques 26
2.1.2 Le public accueilli à l'EHPAD du CHGR se caractérise par des pathologies psychiatriques stabilisées 27
2.1.3 En raison de leur vieillissement prématuré, ces résidents sont plus jeunes que dans les EHPAD « classiques ».....27
2.1.4 L'EHPAD du CHGR se caractérise par un niveau de dépendance élevé traduisant les troubles psychiques des résidents 28
2.1.5 Un PMP plutôt bas soulignant la faible technicité des actes prodigués mais ne rendant compte qu'imparfaitement de l'accompagnement de ce public spécifique 29
2.1.6 La durée moyenne de séjour, plutôt élevée sur un site et plutôt faible sur l'autre, témoigne de l'hétérogénéité entre les deux sites de l'EHPAD du CHGR.....29
2.1.7 L'EHPAD du CHGR fait cohabiter des résidents psychotiques et déments ; un mélange des pathologies générateur de tensions 31
2.1.8 L'EHPAD du CHGR accueille de nombreux résidents psychotiques.....32
2.1.9 L'éloignement des deux structures, par rapport au site principal du CHGR à Rennes, peut être un facteur d'isolement des résidents.....33
2.2 En tant qu'EPHAD relevant d'un EPSM, l'admission, l'intégration et le suivi du résident soulignent son caractère singulier.....33
2.2.1 Les admissions sont issues de deux listes d'attente, l'une interne au CHGR et une seconde externe 33
2.2.2 Les admissions à l'EHPAD sont tributaires des échanges avec les unités d'amont des résidents.....35
2.2.3 L'admission en EHPAD est caractérisée par une période d'observation qui fait office d'évaluation clinique du résident dans son nouvel environnement.....36

2.2.4 Le suivi psychiatrique des résidents est identique à celui proposé en hospitalisation les six premiers mois après l'admission mais évolue ensuite 36
2.2.5 L'EHPAD du CHGR autorise des comportements qui ne seraient pas tolérés dans les EHPAD « classiques » 37
2.2.6 L'accompagnement proposé à l'EHPAD du CHGR met l'accent sur les Projets Individualisés Personnalisés (PPI) 39
2.3 L'EHPAD du CHGR conserve des références sanitaires malgré sa transformation en établissement médico-social..... 40
2.3.1 La transformation relativement récente de l'USLD en EHPAD a pu entraîner un sentiment de perte de sens pour les professionnels pour lesquels les ratios d'USLD font toujours références..... 40
2.3.2 Des entorses à liberté d'aller et venir témoignent d'un fonctionnement relevant plutôt de l'unité de soins que du lieu de vie 41
2.3.3 Le nombre de médicaments consommés à l'EHPAD du CHGR révèle le caractère psychiatrique de la structure 42
2.3.4 Le niveau de contention demeure élevé interrogeant le caractère médico-social de la structure 43
3 Les spécificités de l'EHPAD du CHGR pourraient être revalorisées afin d'en faire un véritable établissement médico-social dont la compétence en psychiatrie serait reconnue 45
3.1 Réinterroger les profils des résidents accueillis à l'EHPAD afin d'admettre ceux répondant aux capacités de l'établissement..... 46
3.1.1 Revoir les niveaux de PMP/GMP afin de réduire la charge de travail des équipes et générer des dotations plus favorables..... 46
3.1.2 Le reprofilage des unités semble nécessaire au regard de la diversité des profils accueillis à l'EHPAD 47
3.2 Le profil des résidents accueillis pourrait justifier le renforcement des ratios de personnel et de la politique de formation..... 48
3.2.1 Le ratio d'encadrement pourrait être réévalué en vue de renforcer l'accompagnement relationnel du résident 48
3.2.2 Favoriser une politique de formation en adéquation avec les profils des résidents accueillis 49
3.3 Faire de l'EHPAD une véritable structure médico-sociale en approfondissant la distinction avec l'USLD et tout en en reconnaissant son expertise psychiatrique..... 50
3.3.1 Les critères d'admission à l'USLD et à l'EHPAD devraient être clarifiés afin d'éviter les ruptures dans l'accompagnement..... 50

3.3.2 Le renforcement de la psychiatrie de liaison apparaît comme une alternative aux hospitalisations inadéquates 51
Conclusion 52
Bibliographie 54
Liste des annexes 59
Annexe 1 : Tableau des entretiens 59
Annexe 2 : Retranscription d'un entretien avec le directeur de l'EHPAD des « Jardins du Castel » à Châteaugiron 61
Annexe 3 : La composition du Gérontopôle du CHGR 64
Annexe 4 : Historique : des USLD psychiatriques à l'EHPAD unique du CHGR 65
Annexe 5 : La définition d'une USLD 67
Annexe 6 : Comparaison des niveaux de dépenses de l'Assurance Maladie 68
Annexe 7 : Comparaison des volumes de patients hospitalisés en psychiatrie en Ille-et-Vilaine par rapport à la moyenne nationale 69
Annexe 8 : Profil des personnes âgées en USLD et EHPAD dans le département d'Ille-et-Vilaine (sexe, âge moyen, origine, durée moyenne de séjour, origine des admissions, sorties) 70
Annexe 9 : Nombre de résident classés en fonction des durées d'hospitalisation en psychiatrie avant leur admission à l'EHPAD du CHGR 71
Annexe 10 : Répartition des résidents de l'EHPAD du CHGR par tranches d'âge 71
Annexe 11 : Répartition des résidents de l'EHPAD du CHGR par GIR 72
Annexe 12 : Distribution des pathologies réparties par site 72
Annexe 13 : Provenance des résidents de l'EHPAD du CHGR 73
Annexe 14 : Schéma représentant les filières d'amont et d'aval de l'EHPAD du CHGR 73

Liste des sigles utilisés

AGGIR (grille) : autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA : allocation personnalisée à l'autonomie
ARS : agence régionale de santé
AS : aide-soignant
CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CHGR : centre hospitalier Guillaume Régnier
CMP : centre médico-psychologique
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREX : comité de retour d'expérience
CSTC : centre socio-thérapeutique et culturel
DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
EPSM : établissement public de santé mentale
ETP : équivalent temps plein
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FHF : fédération hospitalière de France
FIGAR : filière gériatrique de l'agglomération rennaise
GIR : groupe iso-ressources
GMP : GIR moyen pondéré
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité de santé
IDE : infirmier diplômé d'Etat
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
IGAS : inspection générale des affaires sociales
MAS : maison d'accueil spécialisé
OMS : organisation mondiale de la santé
PAERPA : personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASA : pôle d'activités et de soins adaptés
FIHP : filière intersectorielle d'hospitalisation prolongée
PHUPA : pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte
PMP : pathos moyen pondéré
PUI : pharmacie à usage intérieur
PUPH : professeur des universités praticien hospitalier
UHR : unité d'hébergement renforcé
UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
USLD : unité de soins de longue durée
SMTI : soins médico-techniques importants
SROS : schéma régional d'organisation des soins

Introduction

Le vieillissement de la population ne doit pas s'entendre uniquement sous l'angle de la dépendance physique, mais également sur le plan psychique. Celle-ci se manifeste quand la personne ne peut plus décider par elle-même. Pour le professeur de médecine Robert Moulias, c'est à ce moment-là qu'on peut parler de perte d'autonomie[1].

L'augmentation du nombre de personnes âgées en France[2] s'accompagnera d'une hausse de la proportion des démences dans la population[3], liée à l'augmentation de l'espérance de vie, et donc de l'entrée dans la grande dépendance, mais également d'un meilleur diagnostic de cette maladie.

Si les démences semblent avoir été prises en comptes par les pouvoirs publics (le Plan Alzheimer 2008-2012, le Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 en témoignent), les sujets âgés issus de psychiatrie restent les grands oubliés des politiques nationales. Comme le souligne le rapport de l'IGAS relatif aux soins psychiatriques, c'est une atteinte à la liberté de ces personnes que de les oublier : « *la peur de la maladie mentale conduit à vouloir mettre à l'écart de la société des patients inquiétants. Et le spectacle de toute atteinte à la liberté de l'autre, fût-il malade mental, est insupportable* »[4].

Ces populations dont l'espérance de vie est considérablement réduite par rapport à la population générale, près d'une dizaine d'années, et, *de facto*, la qualité de vie, pourraient légitimement revendiquer une politique dédiée. Les réductions capacitaires dans les établissements de santé mentale, le virage ambulatoire et la raréfaction des ressources sont autant d'éléments qui peuvent laisser penser à un transfert du secteur sanitaire vers le médico-social. Les Directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont les principaux concernés par ce glissement. Les EHPAD, en raison de leur nombre (près de 10 600, proposant pas moins de 752 000 places d'accueil[5]) sont les premiers à accueillir ces publics. Ces nouveaux résidents, souvent "précocement vieux", auront

---

[1] Pierre Agudo, « La dépendance psychique est la vraie dépendance » in *L'Humanité*, 23 janvier 1996 (en ligne), disponible sur : https://www.humanite.fr/node/122746

[2] En 2050, l'INSEE prévoit que 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005. Cf. INSEE (en ligne), « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2015 », 7 juillet 2006, disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826

[3] L'Agence Santé Publique France estime à 1 000 000 le nombre de personnes de plus de 65 ans qui souffraient de démence en 2010 en France. Cf. Santé Publique France (en ligne), « La maladie d'Alzheimer et les autres démences », 7 août 2017, disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences

[4] Alain Lopez, Gaëlle Turran-Pelletier, *Rapport de l'IGAS sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* (en ligne), novembre 2017, disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf, p.22

[5] Marianne Muller, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. Résultats de l'enquête EHPA 2015 » in *Les Dossiers de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, n°20 (septembre 2017), disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf

passé plusieurs années de leur vie en services d'hospitalisation et seront isolés socialement et familialement. Leur état de dépendance et la faiblesse de leurs ressources ne leur permettront pas un retour au domicile, quand bien même ils ne nécessitent plus d'être hospitalisés à temps plein[6]. Ce public génère des représentations négatives qui poussent certains établissements à l'écarter lors des commissions d'admission. Pourtant, ces personnes représentent également un défi pour les directeurs d'EHPAD, en invitant à revoir les modalités d'accompagnement et les compétences nécessaires à la prise en charge de ce public.

Ce mémoire portant sur la prise en charge en EHPAD de la personne âgée issue de psychiatrie s'inscrit dans le cadre de mon stage avec la directrice de l'offre médico-sociale adulte du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR).

Le CHGR est un établissement public de santé mentale proposant 813 lits d'hospitalisation et réparti sur 50 sites sur le département de l'Ille-et-Vilaine. L'établissement comprend près de 2000 agents. L'offre médico-sociale adulte du CHGR regroupe deux pôles répartis sur quatre sites (un EHPAD sur deux sites et une MAS répartie également sur deux sites).

Le Gérontopôle, ex Pôle Personnes âgées, comprend un EHPAD, réparti sur deux sites, habilité à la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans. Le premier accueille 80 résidents, il s'agit de la Résidence René Cassin à Bruz. Celle-ci comprend également un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) d'une capacité de 20 places. Le second site de 40 places est la Résidence du Prévôt à Châteaugiron. La transformation de ces deux sites en établissements médico-sociaux est relativement récente (janvier 2010), il s'agissait auparavant d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD). Dans le Gérontopôle, cette fois-ci sur le versant sanitaire, a été maintenu une USLD de 80 lits, la résidence du Tertre de Joué située à Rennes qui comprend une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR).

Ce sujet de mémoire présente une acuité particulière dans mon établissement de stage. En raison du rattachement des deux sites de l'EHPAD à un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM), la structure annexe apparait ainsi comme une solution d'aval des patients issus de services de psychiatrie adulte. D'autre part, les agents, bien que travaillant dans un EHPAD relevant d'un EPSM, se disent insuffisamment formés à la prise en charge des pathologies psychiatriques.

Ce mémoire est également en lien avec mes missions de stage. J'ai participé à la rédaction du projet de service de l'EHPAD du CHGR. Dans ce document a été mis en avant la nécessité de reprofiler les différentes unités de l'EHPAD afin de mettre en avant

---

[6] Idée notamment défendue par le psychiatre Georges Jovelet dans Georges Jovelet, *Ces psychotiques qui vieillissent*, John Libbey Eurotext, 2017.

les spécificités liées à l'accompagnement de résidents issus de psychiatrie. Ce profilage viserait à redéfinir l'EHPAD en plusieurs unités : l'une consacrée aux psychotiques, l'autre à la démence et la dernière à la grande dépendance.

Un autre axe développé dans le projet de service est le développement et la promotion de la bientraitance. La transformation de l'USLD en EHPAD a nécessité de revoir les pratiques des professionnels. La culture sanitaire de certains agents paraît, en effet, éloigné de la personnalisation de l'accompagnement qu'implique un lieu de vie. Le passage d'une culture sanitaire à une culture médico-sociale s'avère lent et progressif.

Enfin, ma participation aux travaux du Projet Territorial en Santé Mentale pour le département de l'Ille-et-Vilaine m'a permis d'appréhender plus globalement les problématiques en lien avec la prise en charge des personnes âgées sur un territoire donné.

A l'issue de mon stage sur l'offre médico-sociale du CHGR, je me suis demandé quelles étaient les spécificités, ou non, de la prise en charge en EHPAD de personnes âgées issues de psychiatrie. Ce mémoire n'a pas pour objectif d'apporter des réponses précises à cette problématique mais veut rendre compte d'un terrain de stage atypique qu'est un EHPAD relevant d'un EPSM.

Dans un premier temps, un état des lieux de la population concernée et de l'offre sur le territoire apparaît indispensable. Nous verrons ainsi que la prévalence des pathologies psychiatriques est importante en France et en particulier en Bretagne, dans un contexte de réduction capacitaire en psychiatrie, et a des répercussions en EHPAD (I). Dans une seconde partie, nous nous focaliserons davantage sur la prise en charge que propose un EHPAD relevant d'un EPSM. Nous constaterons que le profil des résidents accueillis à l'EHPAD du CHGR et son fonctionnement sont bien différents d'un EHPAD « classique », avec des routines parfois sanitaires (II). Enfin, nous serons forces de proposition en vue de renforcer l'identité médico-sociale de l'EHPAD du CHGR en s'interrogeant sur les profils accueillis, le nombre et les qualifications des professionnels, la possibilité d'une dissociation accrue avec l'USLD et le renforcement de la psychiatrie de liaison (III).

Les personnes rencontrées dans le cadre de ce mémoire

Pour la réalisation de ce mémoire, une dizaine d'entretiens ont été menés.

Je n'ai pas eu d'entretien formalisé avec ma maître de stage, directrice de l'offre médico-sociale adulte du CHGR. Nos échanges réguliers m'ont permis de compléter mon mémoire. Le premier entretien formalisé a été avec la directrice de projets, de la qualité, de la relation avec les usagers et de la communication du CHGR qui m'a évoqué les filières, les liens entre les champs sanitaire et le médico-social. Son investissement sur le PTSM, auquel j'ai participé, permettait également d'appréhender les dynamiques à l'œuvre sur le territoire.

J'ai rencontré plusieurs acteurs transversaux au sein du Gérontôpole, c'est-à-dire qui interviennent sur les deux sites de l'EHPAD du CHGR mais également sur l'USLD (non évoqué dans le mémoire), à savoir, la Cheffe de pôle (Cheffe du Gérontopôle), le médecin coordonnateur de l'EHPAD intervenant également sur l'USLD, la cadre supérieure du Gérontopôle, la psychologue, l'assistante sociale, l'ergothérapeute.

J'ai eu l'occasion de faire une journée d'immersion au sein du site de Châteaugiron, l'EHPAD accueillant le plus de profils psychiatriques des deux sites. J'ai pu échanger avec la cadre de santé, 2 IDE, 3 AS, dont une faisant fonction d'animatrice, l'assistante médico-administrative.

Je n'ai pas pu me rendre sur la résidence de Bruz, à mon grand regret. La situation en locale est dégradée en raison d'une vacance de poste de cadre et d'un climat social tendu suite à une réorganisation. Mon mémoire ne rendra compte qu'imparfaitement de la prise en charge prodiguée sur les deux sites de l'EHPAD du CHGR. Toutefois, la cadre de Châteaugiron a travaillé à Bruz par le passé, elle connaissait bien la structure. Les transversaux ont également pu m'éclairer sur les particularités de ce site par rapport à l'autre.

J'ai également pu m'entretenir avec le directeur d'un EHPAD « classique », les Jardins du Castel, situé non loin du site de Châteaugiron. Cet entretien a été l'occasion de connaître quel était le point de vue d'un directeur d'EHPAD autonome sur la question. Cet établissement a également des liens avec le CHGR, via le recours à l'équipe mobile de géronto-psychiatrie.

J'ai aussi rencontré un directeur d'EHPAD relevant d'un autre EPSM que mon établissement de stage : la résidence Arc-en-Ciel à Saint-Avé. Il s'agissait ici de comparer les pratiques organisationnelles et les filières entre deux établissements aux profils de résidents similaires, sur la base du projet médical et du projet d'établissement.

Enfin, j'ai eu l'occasion d'échanger avec la pharmacienne du CHGR, PUPH, sur le circuit du médicament et les spécificités de la prise en charge médicamenteuse dans un EHPAD relevant d'EPSM.

Précisions sur le sujet du mémoire

Ce mémoire n'a pas pour objet l'évocation de la prise en charge en EHPAD des personnes âgées atteintes de troubles psychiques liés spécifiquement à l'avancée en âge. On peut parler de démence qui, selon la définition de l'OMS[7], consiste en un syndrome dans lequel la dégradation de la mémoire, du raisonnement, du comportement et de l'aptitude à réaliser les activités de la vie quotidienne peut être observée. Elle touche surtout les personnes âgées mais elle ne peut pas être considérée comme une conséquence intrinsèque du vieillissement. La maladie d'Alzheimer est la démence la plus courante et représenterait près de 60 à 70% des cas des 50 millions de personnes atteintes de démence dans le monde. Il est bon de rappeler que la démence, et notamment la maladie d'Alzheimer, ne sont pas considérées comme des maladies relevant de la psychiatrie. Toutefois, la frontière entre démence et troubles psychiques est ténue, l'EHPAD du CHGR accueille des personnes malades d'Alzheimer en nombre sur l'un des deux sites. Certaines démences peuvent venir se surajouter à des troubles psychiques préexistants.

Ce mémoire n'évoquera pas non plus les personnes handicapées mentales vieillissantes. Comme le rappelle la sociologue Lise Demailly[8], si on peut parler de « handicap psychique » pour les individus relevant de la psychiatrie, notion qui renvoie à « *l'invalidation sociale qui est la conséquence d'une psychose, de troubles obsessionnels compulsifs, etc.* », le « handicap mental » fait référence plutôt à une atteinte grave des fonctions cognitives. L'Union Nationale des familles et amis de personnes et/ou handicapés psychiques (UNAFAM) précise cette définition, le handicap mental relèverait plutôt de pathologies identifiables (traumatismes, anomalies génétiques, etc.) sous-tendant la non-évolution des capacités intellectuelles et la stabilité dans les symptômes tandis que le handicap psychique est la conséquences de diverses maladies (psychose, troubles graves de la personnalité, etc.) et peut évoluer de manière satisfaisante en préservant les capacités intellectuelles[9]. Au CHGR, les deux sites de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) accueillent 220 résidents, à Thorigné-Fouillard et à Betton, dont la grande majorité ont un handicap mental depuis leur naissance et rend leur accompagnement quotidien nécessaire tout au long de leur vie. La politique du CHGR

[7] Organisation Mondiale de la Santé (en ligne), « La démence », décembre 2017, disponible sur : http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia

[8] Demailly Lise, *Sociologie des troubles mentaux.* La Découverte, « Repères », 2011, p.3

[9] Unafam (en ligne), « Le handicap psychique », disponible sur : http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html

consiste à maintenir ces résidents sur le leur lieu de vie jusqu'à la mort et à ne pas les transférer en EHPAD après 60 ans, malgré la limite d'âge administrative.

Ce mémoire aura pour sujet la prise en charge des patients issus de psychiatrie avançant en âge. Cette catégorie constitue la plus grosse partie de la file active de l'EHPAD du CHGR.

Il est difficile de définir la personne âgée, la vieillesse étant une construction, "*qui comprend des éléments d'ordre biologique, démographique, politique, économique... mais elle se construit aussi sur un imaginaire culturel de représentations*"[10]. La personne âgée d'aujourd'hui n'est pas celle qui était désignée comme telle hier. La sociologue Jacqueline Trincaz souligne toute la difficulté d'appréhender la vieillesse, "*Quand on est vieux ? (…) De 60 ou 65 ans (âge de la retraite), à 122 ans (limite actuellement posée à la vie), la tranche d'âge est large (…) Trois repères sont possibles : l'âge chronologique (le nombre des anniversaires), l'âge social (grand-parentalité, retraite...), l'âge biologique ou physiologique (survenue de la ménopause, des handicaps, de la maladie, de la dépendance...)*"[11]. Dans ce travail, et par commodité, on considérera que la personne âgée est celle qui, administrativement et sans dérogation, peut rentrer en EHPAD à partir de 60 ans et peut bénéficier de l'Allocation pour l'Autonomie (APA). Toutefois, cela ne signifie pas que les EHPAD n'accueillent jamais de résidents sans dérogations. Celles-ci concernent en premier lieu les malades chroniques stabilisées qui n'ont plus place en structure d'hospitalisation mais qui nécessitent un accompagnement au long cours. Le Docteur Hoste-Gaussens constate que dans le Calvados les pathologies à dominante psychique (environ 65%) priment largement sur les pathologies à dominante physique en matière de dérogation d'âge. Sur près de 141 dossiers de demande de dérogation, 20,5% (29 dossiers) concernent des psychotiques stabilisés[12]. Si le constat peut changer d'un département à l'autre, on peut dire que l'entrée en EHPAD peut se faire précocement pour certains patients issus de la psychiatrie, ces derniers entrent donc plus rapidement dans la catégorie « personnes âgées ».

---

[10] Jacqueline Trincaz, « Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui », in *Expertise collective INSERM, Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*, 2015, p. 473.

[11] Jacqueline Trincaz, *Ibid*., p. 473.

[12] Nathalie Hoste-Gaussens, *Prise en charge en EHPAD des personnes de moins de 60 ans*, Mémoire de DIU formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD, sous la direction du Docteur Catherine Foucau, Université René Descarte – Paris V, 2010-2011.

1 La prise en charge des personnes âgées issues de psychiatrie s'inscrit dans un contexte de forte prévalence des troubles psychiques, de réductions capacitaires dans les établissements de santé mentale et de défiance à l'égard de ces populations

Ce mémoire nécessite la réalisation d'un état des lieux. Dans un premier temps, nous verrons que la psychiatrie occupe une place importante dans le système de santé français, notamment en raison de la prévalence des troubles dans la population, en particulier âgée et dans la région Bretagne (1.1). Cette dynamique a lieu dans un contexte de réduction capacitaire en psychiatrie et de « déversement » vers le champ médico-social qui ne semble pas totalement achevé (1.2). Enfin, il faut ajouter que l'offre à destination des personnes âgées issues de psychiatrie est rare, d'autant plus que ces populations sont souvent des « indésirables » dans les services d'hospitalisation de psychiatrie mais également dans les établissements et services médico-sociaux classiques (1.3).

1.1 La prévalence des maladies psychiatriques est importante en France, et notamment en Bretagne, où la population âgée est la plus vulnérable face à ces troubles

1.1.1 Les maladies psychiatriques, prépondérantes en France, engrangent des niveaux élevés de dépenses et font reculer la qualité de vie des populations concernées

L'OMS définit la santé mentale comme "*un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté*". Selon l'OMS cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXIème siècle relèvent de la psychiatrie : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs. Une bonne santé mentale a donc un impact positif sur le vieillissement.

La psychiatrie, partie de la médecine qui étudie et traite les maladies mentales et les troubles du psychisme, occupe une place prépondérante dans le système de santé français.

En 2015, l'IGAS révèle que les maladies psychiatriques et traitements par psychotropes représentaient pas moins de 22,5 milliards d'euros de dépenses pour l'Assurance

Maladie[13]. Les dépenses pour les soins psychiatriques sont ainsi bien plus élevées que celles liées au cancer (16,8 milliards) ou à des maladies cardio-neurovasculaires (15,8 milliards)[14]. La Cour des comptes, dans son rapport de 2011, prend en considération les coûts économiques indirects liés à ces troubles (perte de production et perte de qualité de vie associée). Elle l'estime à 107 milliards d'euros par an[15].

La prévalence des troubles mentaux est importante en France, souligne le même rapport de l'IGAS, « *ils affectent un individu sur trois au cours de la vie et représenteront la première cause de perte de vie d'ici 2020. En France, il est estimé que les troubles mentaux représentent 14% du fardeau total (en termes de mortalité et de morbidité) de l'ensemble des maladies et qu'ils constituent la première cause de mortalité »*[16]. Chaque année, le nombre de patients pris en charge pour des troubles dépressifs se situent entre 320 000 et 350 000[17].

Ces troubles ne sont pas sans conséquences, ils favorisent une forte mortalité par suicide (13 000 morts par an), à laquelle s'agrège la surmortalité non suicidaire, liée à des accidents, des comorbidités somatiques (dont les effets des neuroleptiques), à des pratiques addictives (consommation d'alcool, de stupéfiants, par exemple). Ils vivent 10 à 15 ans de moins que la population générale. La qualité de vie des personnes présentant des troubles mentaux et de leurs proches est ainsi particulièrement impactée. Par exemple, moins de 10% des 400 000 psychotiques ont une activité professionnelle, ils sont souvent en emploi protégé, en invalidité ou bénéficiaire d'une allocation adulte handicapée[18].

1.1.2 La Bretagne et le département de l'Ille-et-Vilaine figurent parmi les territoires les plus touchés par la prévalence des maladies psychiatriques

Dans ce contexte, la Bretagne et l'Ille-et-Vilaine semblent particulièrement touchées par ce fardeau. Chez les hommes, comme chez les femmes, des taux de prise en charge supérieurs de 20% à la moyenne nationale ont été observés en Bretagne pour les

---

[13] Alain Lopez, Gaëlle Turran-Pelletier, *Rapport de l'IGAS sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* (en ligne), novembre 2017, disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf

[14] Annexe 6 : Comparaison des niveaux de dépenses de l'Assurance Maladie

[15] Cour des Comptes, *Synthèse du rapport public thématique sur l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010* (en ligne), décembre 2011, disponible sur : https://www.ccomptes.fr/fr/documents/1131

[16] Alain Lopez, Gaëlle Turran-Pelletier, *Rapport de l'IGAS sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* (en ligne), novembre 2017, disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf

[17] Lynda Badjadj, Christine Chan Chee, *Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-PI*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017 (10), http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/10/2017_10_1.html

[18] Demailly Lise, *Sociologie des troubles mentaux.* La Découverte, « Repères », 2011, p.8

troubles de l'humeur (troubles bipolaires, troubles dépressifs)[19]. La part des patients hospitalisés en psychiatrie en Ille-et-Vilaine est particulièrement élevée, en étant bien au-dessus de la moyenne nationale. L'Atlas en Santé Mentale nous montre, par exemple, que la part des patients hospitalisés à temps plein depuis plus d'un an pour troubles psychiques, bipolaires, dépressions sévère représente près de 4,7% des patients hospitalisés contre 0,3% au niveau national[20]. La population d'Ille-et-Vilaine est donc plus vulnérable face à ces troubles. Cette situation se traduit par un recours massif aux établissements de santé mentale, ce qui explique le fort niveau d'hospitalisation en psychiatrie dans le département et des durées moyennes de séjour parfois longues. La Bretagne et le département de l'Ille-et-Vilaine sont donc touchées par les problèmes de santé mentale de toutes les classes d'âge et notamment des personnes âgées.

1.1.3 La population âgée apparaît comme particulièrement vulnérable face aux maladies psychiatriques, surtout en institutions

La population âgée est la plus vulnérable face aux pathologies psychiatriques et cela dans un contexte démographique mondial d'augmentation massive du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans.

En France, les malades psychiatriques âgés de plus de 60 ans représentent 18% de la population souffrant de troubles mentaux[21]. Un patient schizophrène sur cinq aurait plus de 65 ans. La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé.

Les troubles psychiques sont prépondérants chez les résidents en EHPAD, la prévalence de la dépression est plus importante en institution de type EHPAD que dans le reste de la population. "*En ce qui concerne la population vivant en institution gériatrique, la DRESS fait état d'un taux de 36% de troubles dépressifs, de 26% de troubles anxieux, de 16% de troubles délirants et de 42% de troubles cognitif*"[22]. Le psychiatre Georges Jovelet estime que le pourcentage de patients psychotiques séjournant en EHPAD atteindrait les 28%[23] (il évoque ici les patients psychotiques traités, âgés, de plus de 60 ans). Cette catégorie

[19] Lynda Badjadj, Christine Chan Chee, *Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-PI*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017 (10), http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/10/2017_10_1.html

[20] Cf. Annexe 7 : Comparaison des volumes de patients hospitalisés en psychiatrie en France et en Ille-et-Vilaine.

[21] Sébastien Charry, « Quel destin pour les vieux fous ? » (en ligne), Congrès français de psychiatrie, disponible sur : https://www.congresfrancaispsychiatrie.org/nl_13/

[22] Marie Playe, « Psychiatrie en EHPAD : une rencontre incontournable » in *La revue de gériatrie, T.41 n°7 (septembre 2016)*

[23] Georges Jovelet, « Psychose et vieillissement » in *L'information psychiatrique*, 2010/1 (Volume 86), p. 39-47

inclut les patients schizophrènes, de délirants chroniques, de patients unis ou bipolaires, suivis de longue date en psychiatrie publique ou libérale.

Une enquête de juillet 2017 de la DRESS estime que, parmi les entrants les plus jeunes, c'est-à-dire âgés de moins de 70 ans, près de 13% d'entre eux arrivent d'établissements psychiatriques ou destinés à l'accueil d'adultes handicapés, sans distinguer les deux catégories[24]. Ce constat rejoint les conclusions du mémoire du Docteur Hoste-Gaussens (cf. page n°8) évoquant les dérogations d'âge en EHPAD pour des résidents de moins de 60 ans issus majoritairement de services d'hospitalisation de psychiatrie.

1.1.4 Le vieillissement de la population en Ille-et-Vilaine invite à repenser la prise en charge des personnes âgées

Il est important de rappeler le contexte démographique local dans lequel l'EHPAD du CHGR prend en charge les personnes âgées issues de psychiatrie.

La Filière gériatrique de l'agglomération rennaise (FIGAR) recense près de 85 915 personnes de 75 ans et plus en Ille-et-Vilaine en 2013, près de 8,5% du total de la population. Le territoire de santé regroupant Rennes, Vitré, Fougères, Redon représente 21% de la population âgée bretonne, le canton de Rennes n'en accueillant pas moins de 15 300.

Si le département est plutôt "jeune" et attractif (induisant un renouvellement de la population[25]), l'Ille-et-Vilaine connait un fort accroissement de sa population âgée (la FIGAR anticipe un accroissement de 20% de personnes de plus de 75 ans entre 2015 et 2025). Le pays de Rennes est le plus concerné, avec une évolution de la dépendance qui augmenterait de 30 à 60% d'ici 2020 et qui, *de facto*, impacterait les EHPAD du CHGR.

Toutefois, le vieillissement de la population dans le département n'est pas synonyme d'un recours massif aux structures d'hébergement. Aujourd'hui, selon l'adage, "*on vit plus longtemps et en meilleure santé*"[26], l'amélioration des possibilités de maintien à domicile, l'émergence des accueils de jour et le développement du soutien aux aidants sont autant d'éléments qui retardent l'entrée en EHPAD (l'âge moyen d'entrée sur le département de l'Ille-et-Vilaine étant de 85 ans)[27].

---

[24] Marianne Muller, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 : premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 » in *Etudes et Résultats DRESS*, n°1015 (juillet 2017).

[25] L'Ille-et-Vilaine en Chiffres 2017 : L'Ille-et-Vilaine se caractérise par la présence plus importante qu'ailleurs des jeunes et des adultes et 77 % des habitants ont moins de 60 ans.

[26] La plupart des observatoires nationaux ou internationaux relèvent la hausse de l'espérance de vie à l'échelle mondiale, malgré des disparités entre Etats, qui s'expliquent par plusieurs facteurs, parmi lesquels l'amélioration du diagnostic et de la prévention de certaines maladies, la hausse des revenus ou encore par la moindre pénibilité de grands pans du marché du travail.

[27] Annexe 8 : Profil des personnes âgées en USLD et EHPAD dans le département d'Ille-et-Vilaine.

Par ailleurs, le département est surdoté en matière d'hébergement pour les personnes âgées et mieux doté que la Bretagne (67,9 places en EHPAD pour 1000 habitants de 65 ans et plus, contre 52,3 dans le reste de la France[28]). Aucune place supplémentaire d'hébergement n'est prévue dans les prochaines années. Toutefois, les premières conclusions du diagnostic pour la réalisation du PTSM font ressortir, malgré un grand nombre de places en EHPAD, un déficit de lits dans des unités spécialisées par rapport au reste de la France (de type UHR, notamment).

1.1.5 Le CHGR est confronté à la prise en charge des personnes âgées mais ne dispose pas d'une filière dédiée

Le CHGR, en tant qu'EPSM unique du département de l'Ille-et-Vilaine, gère 9 secteurs de psychiatrie adulte sur 11, la structure est ainsi le pivot dans la prise en charge des personnes âgées avec des niveaux d'hospitalisation restant élevés.

Le taux d'hospitalisation en psychiatrie pour les patients âgés de 65 ans et plus est de 68,5 personnes pour 10 000 habitants de 65 ans et plus, soit près de 13 points de plus que la moyenne nationale[29]. Le taux de recours pour motif psychiatrique en établissement de santé est également plus élevé dans le département que dans le reste de la France.

Au sein du CHGR, les flux gériatriques de personnes de plus de 75 ans en provenance des EHPAD sont plutôt rares. L'espérance de vie réduite des personnes ayant un lourd passé psychiatrique (cf. pages n°10 et 11) peut expliquer cette situation. L'établissement a accueilli près de 624 séjours de patients de 75 ans et plus en 2015 (5,1% du nombre de séjours total). Bien que le taux de recours des 75 ans et plus aux services d'hospitalisation du CHGR peut sembler faible, il faut se rappeler qu'une proportion non négligeable d'EHPAD n'évalue jamais les risques psychologiques et/ou comportementaux (11%), quand bien même les personnes âgées constituent une population à risque face au geste suicidaire[30].

La directrice des projets du CHGR précise que « *pour les 65-75 ans, l'établissement reçoit plus de monde* ». Les sujets psychiatriques vieillissants d'EHPAD, souvent plus jeunes que la moyenne, sont parfois emmenés « brutalement » aux urgences du CHGR alors que d'autres solutions auraient pu prévenir les hospitalisations. A l'inverse, des personnes démentes sont envoyés en psychiatrie par méconnaissance de la frontière entre gériatrie et psychiatrie du sujet âgé. C'est ce que certains acteurs nomment « le phénomène du vendredi soir ». Celui-ci se produit dans les situations où les effectifs sont

[28] Atlas en Santé Mentale (en ligne), « L'Atlas de la santé mentale en France, une base de données territorialisées », disponible sur : http://santementale.atlasante.fr/#l=fr;v=map3
[29] Atlas en Santé Mentale, *Ibid*.
[30] ARS Bretagne, « Regard sur la bientraitance dans les EHPAD bretons : analyse des résultats de l'enquête bientraitance EHPAD 2015 » in *Les Etudes de l'ARS* (n°17), décembre 2017

réduits, c'est-à-dire plutôt les week-ends, en l'absence de médecin ou d'IDE, lorsque des résidents d'EHPAD sont adressés à la hâte aux urgences psychiatriques dont ils ne relèvent pas.

Le CHGR a établi des conventions avec les EHPAD du territoire, fondées sur la psychiatrie de liaison (consultations et interventions du médecin psychiatre, interventions de l'équipe soignante). Les EHPAD s'engagent à accueillir d'anciens patients du CHGR, en fonction de ses critères d'accueil et de ses possibilités, en échange d'un accompagnement par l'équipe mobile de l'hôpital et d'une reprise en hospitalisation si jamais l'intégration se passait mal. C'est un « *principe de réciprocité entre l'hôpital et les EHPAD* », indique la directrice des projets, l'objectif est également de mieux accompagner les structures pour prévenir les hospitalisations non pertinentes en psychiatrie. Si une hospitalisation est jugée nécessaire, elle sera programmée d'un commun accord entre le Chef de pôle du secteur concerné et le Directeur de la structure pour ne pas travailler dans l'urgence. En situation d'urgence, le résident pourra être hospitalisé sans programmation avec l'accord oral du médecin. Le retour dans la structure est le principe. Le CHGR dispense par ailleurs des formations institutionnelles à destination des EHPAD du territoire.

Toutefois, l'établissement ne dispose pas d'une filière dédiée à la personne âgée, il existe bien une unité de géronto-psychiatrie mais celle-ci est rattachée au PHUPA qui ne gère que quelques secteurs, nous y reviendrons.

1.2 Les réductions capacitaires en psychiatrie ont fait du secteur médico-social, et en particulier des EHPAD, des structures d'aval pour les anciens patients

1.2.1 La prise en charge des personnes âgées issues de psychiatrie s'inscrit dans un contexte de diminution capacitaire

Les vingt dernières années ont vu disparaître un grand nombre de lits hospitaliers dans les établissements de santé mentale. Le développement de l'ambulatoire a été le fer de lance de cette diminution capacitaire, mais également l'émergence du secteur médico-social, l'un des objectifs étant de réduire les hospitalisations de longue durée.

Le rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale de 2016 recense 57 469 lits d'hospitalisation à temps complets, 27 603 places d'accueil en hôpital de jour et 1 929 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)[31]. Il y a 40 ans, le nombre de lits de psychiatrie générale en France était plus du double de celui d'aujourd'hui (-60% entre

[31] Michel Laforcade, Rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016, p.37

1976 et 2016) estime l'IGAS[32]. Les lits publics et privés non lucratifs ont été les principaux impactés par ces réductions capacitaires (-48% pour le public). Le nombre de lits est ainsi passé de 120 000 à 57 000 depuis 1987, dans un contexte de raccourcissement des durées de séjour (86 à 41 jours entre 1989 et 2003)[33].

Ce constat rejoint la circulaire du 15 mars 1960 qui met en œuvre une politique de sectorisation des soins psychiatriques et de développement de l'ambulatoire. Elle considère que « *l'hospitalisation du malade mental ne constitue désormais plus qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention de postcure* »[34]. Le milieu de vie ordinaire du patient devient également son lieu de soins.

Ce mouvement de désinstitutionnalisation, comme l'indique Jacques Hochmann[35], vient briser "*la réponse monolithique de l'hospitalisation*» en permettant le développement des prises en charge en ambulatoire et d'un "*réseau d'institutions intermédiaires capables de se substituer aux soins résidentiels ou des prolonger*". Les mêmes tendances sont à l'œuvre à l'international, l'OMS a défini un plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 visant à poursuivre les efforts en faveur de l'insertion des soins dans la communauté et de développer la promotion de la santé et la prévention.

En parallèle, des dispositifs de soins en dehors de l'hospitalisation temps plein se sont multipliés : hôpitaux de jour, CATTP, foyers de postcure, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, placements familiaux thérapeutiques, etc. Selon Georges Jovelet, "*le nombre de psychotiques âgés vivant au domicile est entre deux à trois plus important que celui des institutionnalisés*"[36], ce nombre dépasse les 100 000. Dans un article récent, le même psychiatre ajoute « *qu'entre 35 000 et 40 000 résidents psychotiques séjournent aujourd'hui dans les EHPAD, c'est-à-dire qu'il y a plus de patients « chroniques » dans ces structures non spécialisées que dans les hôpitaux* »[37]. Pour Lise Demailly, « *les prises en charge dans les établissements spécialisés en psychiatrie ne constituent qu'une part relative dans un ensemble plus large, celui des prises en charge institutionnelles des populations souffrant de troubles mentaux »*[38]. En effet, on peut noter que les patients pris en charge dans des établissements spécialisés en psychiatrie ne constituent qu'une faible partie des effectifs qui pourraient en relever.

---

[32] Alain Lopez, Gaëlle Turran-Pelletier, *Rapport de l'IGAS sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* (en ligne), novembre 2017, disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf

[33] Georges Jovelet, *Ces psychotiques qui vieillissent*, John Libbey Eurotext, 2017, p.4

[34] Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

[35] Jacques Hochmann, *Histoire de la psychiatrie.* Presses Universitaires de France, 2004, p. 105

[36] Georges Jovelet, *Ces psychotiques qui vieillissent*, John Libbey Eurotext, 2017, p.6

[37] Georges Jovelet, « Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et vécu traumatique », *L'information psychiatrique 2018*, n°94, p. 275-80.

[38] Demailly Lise, *Sociologie des troubles mentaux.* La Découverte, « Repères », 2011, p.12

1.2.2 Dans ce contexte, l'hospitalisation complète des patients âgés est apparue de plus en plus injustifiée et coûteuse

Les réductions capacitaires ont suscité une réflexion autour des hospitalisations complètes de patients âgées au long cours, dont le maintien dans les services est apparu de plus en plus discutable. Comme le souligne Georges Jovelet, « *ces transfuges (patients chronicisés désignés comme incurables) ont été pensés pour résorber la « sédimentation », « l'encombrement », au sein des services, mais cela aussi est clairement énoncé réduire les coûts* »[39].

La Cour des Comptes dresse un bilan mitigé du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010 dans son rapport sur l'organisation de soins en psychiatrie. Elle note que l'objectif de favoriser les prises en charge extra-hospitalières et de désengorger les lits d'hospitalisation complète n'a pas été atteint (la réduction du nombre de lits hospitaliers passant de 78 000 en 1994 à 58 580 en 2005 et à 77 410 en 2010). La réduction du nombre de lits ne signifie donc pas l'achèvement du virage ambulatoire.

Il est vrai que l'hospitalisation complète se révèle particulièrement coûteuse (un rapport de la Cour des Comptes, rendu public en décembre 2011, souligne que le prix de la journée d'hospitalisation en psychiatrie est d'environ 450 euros) et elle n'est pas toujours adaptée. En effet, la DRESS souligne que 20 à 40% des lits de psychiatrie sont occupés en séjour prolongé par des patients dont 60 à 70% sont considérés comme inadéquats[40]. Le rapport sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (2013) estime que les "*les ambitions qui présidaient à l'organisation originale de la prise en charge des soins psychiatriques et qui préfiguraient la notion actuelle de parcours de soins se sont heurtées à de nombreuses difficultés. Le principal obstacle est la permanence d'un hospitalocentrisme, qui a empêché l'articulation entre le sanitaire et le médico-social*"[41].

Cet exemple montre bien que le tout-hospitalier trouve ses limites. Comme l'indique Marie Playe[42], "*jusque dans les années 60, le mouvement de désinstitutionnalisation en psychiatrie, les patients psychotiques chroniques restaient en milieu psychiatrique où ils finissaient leurs jours, séparés du reste du monde. Depuis les lits de psychiatrie se sont progressivement fermés et la priorité des soins est devenue ambulatoire, tournée vers la réhabilitation et la lutte contre la marginalisation".*

---

[39] Georges Jovelet, « Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et vécu traumatique », *L'information psychiatrique 2018*, n°94, p. 275-80.

[40] DRESS, « La prise en charge de la santé mentale-Recueil d'études statistiques » in *Collection études et statistiques*, 2007.

[41] Denys Robiliard, *Rapport d'information n°1662, quatorzième législature, sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie,* 2013, p.33

[42] Marie Playe, « Psychiatrie en EHPAD : une rencontre incontournable » in *La revue de gériatrie, T.41 n°7 (septembre 2016),* p.405

1.2.3 Le transfert du sanitaire vers le médico-social a pu être appréhendé sous l'ange de la seule réduction de moyens

La volonté des pouvoirs publics de mettre fin aux hospitalisations prolongées s'est traduite par des transferts de patients vers le secteur médico-social. Toutefois, cette dynamique ne s'est pas toujours accompagnée d'un transfert de moyens d'un champ à l'autre.

Les rapports entre les établissements de santé mentale et les structures médico-sociales s'imbriquent autour de deux dynamiques : pour la psychiatrie, la recherche de solutions d'aval pour ses patients et pour les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, l'accès aux soins psychiatriques pour les résidents ou bénéficiaires – notamment quand ils estiment ne plus être en mesure de prendre en charge la personne. Les établissements sociaux et médico-sociaux hésitent à prendre en charge des patients psychiatriques redoutant de ne pas trouver l'appui médical nécessaire lorsqu'ils en ressentiront le besoin. A l'inverse, les établissements de santé mentale sont incités à orienter les patients chroniques et stabilisés vers des structures médico-sociales afin de réserver les unités d'hospitalisation aux situations de décompensation et aux cas aigues.

Il est attendu que le recours à l'EHPAD s'accroisse dans les années à venir. Georges Jovelet prévient que les hôpitaux seront appelés à recevoir un nombre de plus en plus important de personnes âgées atteintes de troubles mentaux mais dont l'importance ne justifiera pas toujours le placement en établissement public de santé mentale.

La loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées vient consacrer le champ médico-social et permet l'émergence des établissements médico-sociaux ayant vocation à être le relais des hôpitaux psychiatriques qui, jusqu'à présent, étaient à "*tout faire*"[43]. La circulaire DHOS du 30 avril 2007 met en exergue l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées. Dans le même temps, les différents plans Santé Mentale (2005-2008 et 2011-2015) réaffirment l'indispensable continuité des soins psychiatriques à tous les âges de la vie et mettent en avant l'intérêt d'actions dites « *conjointes et coordonnées* »[44].

Dans ce contexte, le concept de chronicité permet de différencier le sanitaire et le médico-social. Le sanitaire se spécialise, avec des soignants de plus en plus compétents en matière de soins urgents. Le médico-social accompagne les périodes chroniques, notamment par le recours au personnel socio-éducatif, aux aides-soignants, aux accompagnateurs éducatifs et sociaux permettant d'assurer la qualité de vie quotidienne des résidents et la poursuite des soins courants.

---

[43] Michel Laforcade, Rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016, p.14

[44] Marie Playe, « Psychiatrie en EHPAD : une rencontre incontournable » in *La revue de gériatrie, T.41 n°7 (septembre 2016),* p.405

Georges Jovelet dénonce le glissement qui s'opère du sanitaire vers le médico-social. Le contexte serait défavorable aux hospitalisations de longue durée obligeant les établissements de santé mentale à "transférer" leurs patients vers des structures médico-sociales, sans transfert de moyens supplémentaires (le même auteur précise qu'en psychiatrie, la densité du personnel encadrant, y compris dans des unités de chroniques, est de l'ordre de 1 pour 1 équivalent temps plein, comme dans les structures médico-sociales pour adultes jeunes. A l'inverse, dans les EHPAD, ce taux moyen est de l'ordre de 0,40 à 0,60 ETP). Selon lui, les EHPAD seraient une "*variable d'ajustement*", sans qu'un projet spécifique ne l'accompagne, et cela pour des raisons économiques et budgétaires[45](les Conseils Départementaux étant chefs de file en matière de prise en charge de la dépendance). Bernard Odier évoque, quant à lui, le risque d'une "*psychiatrie au rabais*", où la qualification et les faiblesses des effectifs risquent de créer du mal-être lié à ce déversement vers le médico-social[46]. Le directeur du pôle médico-social de l'EPSM de Saint-Avé, comprenant un EHPAD, pointe cette ambivalence, « *d'un côté, les autorités de tutelle nous invite à fermer des lits, de l'autre, on nous reproche d'avoir des files actives sur nos établissements médico-sociaux venant exclusivement de nos services de psy… On ne peut pas laisser nos patients dans la nature, sans solution d'aval* ».

1.3 Les personnes âgées issues de psychiatrie sont peu accueillies dans les EHPAD « classiques » et ne bénéficient pas de structures et de financements dédiées

1.3.1 Les personnes âgées issues de psychiatrie ne font pas l'objet de politiques publiques dédiées

Les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques en établissement figurent ainsi parmi les sujets oubliés en raison du manque de structures médico-sociales dédiées.
Il est à noter qu'il n'y a pas de politique publique à destination de ces profils spécifiques menée sur l'ensemble du territoire, les initiatives sont isolées et tributaires des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) et des Contrats Pluriannuelles d'Objectifs et de Moyens (CPOM). La feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, publiée en juin 2018, ne prévoit aucune action à destination de ce public. Les Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociaux (SROMS) eux-mêmes sont scindés en deux parties : personnes âgées et personnes handicapées, mais les handicapés psychiques vieillissants ne rentrent dans

[45] Georges Jovelet, *Ces psychotiques qui vieillissent*, John Libbey Eurotext, 2017, p.15
[46] Georges Jovelet, *Ibid.*, p.3

aucune des deux catégories. Le SROMS 2012-2017 de la région Bretagne évoque, par exemple, les personnes handicapées vieillissantes mais ne fait référence à aucun moment aux patients vieillissants issus de psychiatrie[47].

Les unités dédiées à la prise en charge psychiatrique des personnes âgées sont manquantes, que celles-ci dépendent d'une unité de psychiatrie ou de gériatrie, qu'elles soient privées ou publiques[48]. En Bretagne, au moins trois EPSM disposent d'EHPAD (à titre d'exemple, l'EPSM du Finistère possède 50 lits, celui du Morbihan 40) et font office de filières d'aval pour des patients stabilisés. Ce phénomène est loin d'être courant, parmi les plus grands EPSM de France (le Centre Hospitalier le Vinatier à Lyon ou l'EPSM Lille-métropole ne possèdent pas d'EHPAD, par exemple), seul le CHGR dispose d'un EHPAD. On peut donc y voir une spécificité régionale qui n'est pas la tendance nationale.

Les structures d'hébergement "classiques", à l'instar des EHPAD et des USLD, deviennent ainsi les lieux de vie de ces personnes. Le vieillissement de ces populations semble donc être un non-problème, comme le souligne Michel Laforcade dans son rapport de 2016, "*on ne peut pas oublier, même si leur espérance de vie est plus courte que la population générale, que les usagers de la psychiatrie, porteurs de troubles mentaux sévères et chroniques, vieillissent aussi, qu'ils vivent chez eux ou dans des établissements médico-sociaux et qu'ils ne bénéficient pas toujours de dispositifs adaptés à leur âge*"[49].

1.3.2 La personne âgée issue de psychiatrie est un indésirable dans les services d'hospitalisation d'établissement de santé mentale

La peur de la maladie mentale génère des fantasmes, des représentations négatives qui excluent les personnes qui en sont atteintes de la communauté des vivants. Elles sont souvent vues négativement et comme ne relevant pas de lieux de vie mais plutôt d'enfermement. Une brochure de Psycom, « santé mentale et vieillissement »[50], ajoute que « *les maladies psychiques sont doublement stigmatisées par le regard de la société sur les troubles psychiques et sur la vieillesse* ».

Ces résidents qui ont souvent passé plusieurs années de leur vie en psychiatrie sont souvent des indésirables dans les services d'hospitalisation des établissements de santé mentale. "*Les patients psychotiques, lorsqu'ils sont hospitalisés de longue date dans les*

[47] ARS Bretagne, Schéma régional de l'organisation médico-sociale 2012-2017 : https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/7.%20ARS_IV_Schema_regional_de_l_organisation_medico-socialev2.pdf

[48] Marie Playe, « Psychiatrie en EHPAD : une rencontre incontournable » in *La revue de gériatrie, T.41 n°7 (septembre 2016),* p.407

[49] Michel Laforcade, Rapport relatif à la santé mentale, octobre 2016, p.51

[50] Psychom, « Santé mentale et vieillissement » (en ligne), 3 juin 2015, disponible sur : http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Sante-mentale-et/Sante-mentale-et-vieillissement

services de psychiatrie (plus de 270 jours) sont considérés comme « inadéquats », des inadaptés du lien social, de la norme, des « indésirables »"[51]. Pour reprendre le sociologue Robert Castel, même s'il évoque plutôt les publics en situation de précarité, on pourrait apparenter ces personnes âgées à des désaffiliés sociaux, du fait de longs séjours à l'hôpital, "*placés comme en situation de flottaison dans la structure sociale, et qui peuplent ses interstices sans y trouver une place assignée*"[52].

Les hospitalisations au long cours ont concerné près de 12 700 patients en 2011, représentant un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits[53]. Dans ces unités, où le profil type du patient serait un homme, entre 30 et 60 ans, avec des troubles schizophréniques, le niveau de dépendance est particulièrement élevé (près de 12% des patients sont lourdement dépendants, rendant indispensable l'aide d'une tierce personne pour réaliser les gestions élémentaires du quotidien[54]). On peut dire qu'il y a des similitudes en termes de patientèle entre les unités psychiatriques d'hospitalisation au long cours et les résidents d'EHPAD : la chronicité (des troubles ou de la vieillesse), le niveau de dépendance.

Le maintien en hospitalisation sur une longue période, lorsqu'il n'est pas prescrit par des indications thérapeutiques, est "*davantage symptomatique du cloisonnement entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux ou de l'absence et du manque de réponses sociales ou médico-sociales adaptées*"[55]. Finalement, ces personnes sont maintenues en hospitalisation "par défaut" de structures prêtes à les accueillir.

1.3.3 Les EHPAD « classiques » sont souvent réticents à accueillir ces profils atypiques de résidents

Le transfert vers le médico-social n'a pas signifié pour ces personnes une fin de la stigmatisation. La personne âgée issue de psychiatrie n'est pas toujours la bienvenue dans un secteur où des représentations négatives peuvent subsister. Comme le rappelle la psychologue Françoise Malo, "*souffrir d'une psychose, c'est risquer une double exclusion : sanitaire et sociale. Et ceci est d'autant plus compliqué que la plupart des*

---

[51] Georges Jovelet, « Psychose et vieillissement », *L'information psychiatrique*, 2010/1 (Volume 86), p. 39-47

[52] Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Gallimard, Folio Essais, 1999, p.16

[53] Magali Coldefy, Clément Nestrigue, "L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale" in *Questions d'économie de la Santé*, n°202, octobre 2014, p.1

[54] Magali Coldefy, Clément Nestrigue, Ibid., p.12

[55] Magali Coldefy, Clément Nestrigue Ibid., p.2

personnes vivent comme une violence les tentatives de modification de leur cadre de vie"[56].

Les personnes âgées issues de psychiatrie ne sont souvent pas accueillies à bras ouverts dans les établissements médico-sociaux « classiques ». Les EHPAD, à travers les commissions d'admission, peuvent restreindre leur accès à des personnes qu'ils jugeraient « indésirables ». Un directeur d'EHPAD « classique » et autonome rencontré explique qu'il n'est pas, lui, dans cette logique « *la commission d'admission joue son rôle et met la priorité sur la personne de la commune et du secteur, qu'elle ait des troubles psy ou non. On ne rejette pas systématiquement les personnes âgées issues de psychiatrie, seulement si l'accompagnement est trop lourd eu égard à nos possibilités* »[57].

Si les personnes âgées issues de psychiatrie entrent en EHPAD, ces dernières peuvent faire l'objet d'un étiquetage, elles sont souvent perçues comme source de désordre et de violence, aussi bien envers les personnels qu'envers les autres résidents. Le témoignage d'un directeur d'EHPAD abonde en ce sens, "*la psychiatrie et la maison de retraite sont deux mondes différents qui n'ont pas à coexiste*r"[58].

S'il n'existe pas de chiffres officiels sur le nombre de pensionnaires issus de psychiatrie, la plupart des EHPAD en admettent, voire tolèrent, la présence. « *Des personnes âgées psy, tous les EHPAD en ont, et ça peut poser des problèmes* »[59], indique le psychiatre Renaud Lacrotte qui reconnaît qu'un «*malade mental peut, à tout moment, devenir dangereux* »[60].

La crainte de la violence prédomine souvent. L'EHPAD du CHGR veut se prémunir de celle-ci en admettant que des profils stabilisés, même si, nous le verrons plus tard, des réorientations sont parfois prononcées en faveur des services d'hospitalisation de psychiatrie. Les premiers services concernés par les violences restent la psychiatrie (20% des signalements), la médecine et la gériatrie (EHPAD et USLD, 11%). En EHPAD, 35% des atteintes aux personnes avec violences physiques reposent sur des troubles psychiques ou neuropsychiques[61]. Toutefois, Renaud Lacrotte précise qu'« *il ne faut pas s'enfermer dans la peur du « fou », les malades mentaux sont des gens comme les*

---

[56] Françoise Malo, « Rupture ou vieillissement », in *Je vieillis… et ma folie ? Approche clinique et institutionnelle. Les cahiers de psychologie et vieillissement*, 2005, p. 5-10.

[57] Cf. Annexe 2 : Retranscription d'un entretien avec le directeur de l'EHPAD des « Jardins du Castel » à Châteaugiron.

[58] Etienne Malfatto, « Les maisons de retraite face à l'arrivée des pensionnaires venus de psychiatrie », *Le Monde*, 27 août 2013 (en ligne), disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/08/27/les-maisons-de-retraite-face-a-l-arrivee-de-pensionnaires-venus-de-psychiatrie_3466955_3224.html

[59] Etienne Malfatto, Ibid.

[60] Etienne Malfatto, Ibid.

[61] Thomas Quéguiner, « Les troubles psychiques sont la cause directe de 20% des violences en établissement » (en ligne), in *Hospimedia*, 27 septembre 2017, disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170927-societe-les-troubles-psychiques-sont-la-cause-directe

autres. S'ils sont stabilisés par leur traitement, s'ils ont l'âge, pourquoi n'iraient-ils par en maison de retraite ? ». Catherine Boiteux, psychiatre, secrétaire générale de la plateforme éthique du centre hospitalier Sainte-Anne à Paris, ajoute qu'il s'est opéré ces dernières années une stigmatisation de la violence liée à la maladie mentale. On n'assimile plus les troubles psychiatriques à une souffrance mais à une violence potentielle[62].

Pour faciliter le passage des services d'hospitalisation à l'EHPAD, où les libertés sont plus grandes pour le résident mais où le suivi médical et paramédical se restreint, "*le suivi psychiatrique reste nécessaire pour permettre l'adaptation du projet de soins mais aussi pour participer à la formation des équipes d'EHPAD sous peine de laisser les représentations sociales dépasser les compétences soignantes*, précise Marie Playe*. A l'inverse, l'équipe de psychiatrie doit continuer la lutte contre la stigmatisation de cette population vulnérable, à participer à la continuité des soins et à la bonne orientation du patient en cas de situation de crise"*[63].

Si les intentions sont louables, certains professionnels regrettent un manque de "solidarité" entre les équipes d'EHPAD et celles de psychiatrie, notamment en cas de décompensation psychique d'un résident. L'absence d'interlocuteur constant sur les secteurs de psychiatrie, l'insuffisance ou l'inadéquation des réponses, l'absence de recours d'urgence[64] sont autant de situations qui empêchent une prise en charge optimale de ces personnes mais également une meilleure compréhension de leurs troubles.

1.3.4 La cohabitation entre personnes âgées issues de psychiatrie et celles issues du domicile se révèle parfois compliquée

L'accueil des résidents issus de psychiatrie peut faire l'objet de réserves, mais la confrontation avec les autres résidents issus du domicile peut parfois générer des tensions. L'EHPAD du CHGR ne rencontre pas cette problématique en raison d'une file active quasi exclusivement issue des services d'hospitalisation en psychiatrie (évoquée dans la seconde partie). Toutefois, les EHPAD « classiques » peuvent y être confrontés.

Les résidents issus de psychiatrie sont, en moyenne, 15 ans plus jeunes que la moyenne d'âge des EHPAD "classiques". Ils y sont souvent admis autour de 60 ans, alors que la majorité des résidents entrent dans des EHPAD après 75 ans, comme le rappelle Georges Jovelet. Dans le département de l'Ille-et-Vilaine, ce chiffre se situe autour de 85

---

[62] 66 millions d'impatients, « Contention et isolement dans les établissements psychiatriques et en EHPAD : un nouvel encadrement législatif » (en ligne), 16 janvier 2017, disponible sur : http://www.66millionsdimpatients.org/contention-et-isolement-dans-les-etablissements-psychiatriques-et-en-ehpad-un-nouvel-encadrement-legislatif/

[63] Marie Playe, « Psychiatrie en EHPAD : une rencontre incontournable » in *La revue de gériatrie, T.41 n°7 (septembre 2016)*

[64] Marie Playe, Ibid.

ans (données du Conseil Départemental)[65]. Cette tendance est également renforcée par les dérogations accordées à des personnes âgées de moins de 60 ans, mais pour lesquelles aucune alternative à l'entrée en EHPAD n'a été trouvée, en l'absence de structures intermédiaires pour les 55-65 ans, trop jeunes pour les établissements pour personnes âgées, trop vieux pour des structures relevant du handicap (MAS, FAM, etc.). Toutefois, cela ne signifie par un moindre niveau de dépendance. La DRESS recense près de 42% de personnes âgées de moins de 70 ans vivant en EHPAD et classées en GIR 1 et 2[66].

Un article du Monde[67] relate le "fossé" générationnel qui peut se créer entre les deux catégories de résidents, les "normaux" et "ceux issus de psychiatrie". Un résident âgé de 77 ans, faisant partie de la première catégorie, indique que, pour lui, « *la maison de retraite, c'est pour quand on vieillit et c'est tout* ». La cohabitation est donc rendue compliquée par la différence d'âge entre les résidents, les sexagénaires et septuagénaires issus de psychiatrie ayant des habitudes de vie et des routines bien différentes de celles de résidents plus âgés.

Les profils les plus ritualisés issus des centres hospitaliers psychiatriques présentent, sauf décompensation aigue, des comportements plus prévisibles que ceux des déments. Certaines psychopathologies conduisent les résidents à formuler des demandes délirantes ou agressives, marquées par des sollicitations très nombreuses, une déambulation excessive et une agitation potentiellement dangereuse. Ces profils exigent alors une surveillance comparable en termes de charge de travail à celle qui s'exerce sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce sont donc des résidents qui requièrent une plus grande attention de la part des professionnels aux dépens des autres.

La vie en collectivité peut s'en trouver dégradée. Par exemple, les résidents psychiatriques n'apprécient pas que les autres résidents puissent entrer dans leur intimité. Ils se sentent souvent agressés par des personnes démentes présentant des troubles du comportement ou par des soignants qui ont recours au « toucher relationnel », c'est-à-dire à l'accompagnement aux soins et à la communication par le toucher.

Autre point de tension entre le résident « classique » et le résident issu de la psychiatrie : l'ouverture de la structure sur l'extérieur. C'est un problème qui ne se pose pas à l'EHPAD du CHGR en raison du caractère fermé des deux sites, nous y reviendrons. L'environnement ouvert de l'EHPAD ne facilite pas toujours le suivi psychiatrique. Un directeur d'EHPAD précise, par exemple, qu'une « *une personne âgée avec des troubles*

---

[65] Annexe 8 : Profil des personnes âgées en USLD et EHPAD dans le département d'Ille-et-Vilaine.

[66] Marianne Muller, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 : premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 » in *Etudes et Résultats DRESS*, n°1015 (juillet 2017).

[67] Etienne Malfatto, « Les maisons de retraite face à l'arrivée des pensionnaires venus de psychiatrie », *Le Monde*, 27 août 2013 (en ligne), disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/08/27/les-maisons-de-retraite-face-a-l-arrivee-de-pensionnaires-venus-de-psychiatrie_3466955_3224.html

liés à l'alcoolisme sera impossible à gérer en milieu ouvert, avec le café du coin à 50 mètres. Ces troubles, mineurs en hôpital psychiatrique, deviennent majeurs en milieu ordinaire".

1.3.5 Des résidents habitués à vivre en institution qui s'intègrent plutôt bien à l'EHPAD

Il ressort de la littérature, et malgré les réserves émises précédemment, que les résidents issus de services d'hospitalisation en psychiatrie trouvent leurs marques en EHPAD.
L'insertion de ces résidents à la vie de l'EHPAD se passe généralement plutôt bien car ils ont été habitués à de longs séjours en établissements psychiatriques. Les personnes en provenance du domicile sont, a priori, plus accoutumées à des comportements individualisés, sollicitant davantage de temps d'intervention des soignants que des résidents routinisés du fait de leur passage dans d'autres institutions. La qualité de vie qui leur est apportée, notamment par l'accompagnement médico-social qui leur dédié en EHPAD, peut favoriser la stabilité de leurs troubles psychiques.
Les psychiatres s'accordent sur un point : les troubles psychiatriques diminuent avec l'avancée en âge. Après 50 ans, la pathologie psychiatrie a tendance à s'estomper et finalement, au fil du temps, les profils des résidents, psychiatriques ou non, convergent progressivement.

1.3.6 La prise en charge de ces résidents en EHPAD se voit opposer la non-reconnaissance financière des pathologies mentales

Les pathologies mentales ne font pas l'objet d'une valorisation financière et n'incite donc pas les EHPAD « classiques » à admettre des résidents aux profils atypiques. Dans le cas de l'EPSM de Rennes, bien que la structure accueille uniquement d'anciens patients du CHGR, la dotation soins ne prend pas suffisamment en compte ces spécificités, selon son Directeur Général, dans un entretien accordé à Ouest France[68].
Cet imbroglio peut s'expliquer par la cotation des résidents accueillis à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressource). D'une part, leur niveau de dépendance est plus élevé que dans un EHPAD classique mais la technicité des actes qui y est prodiguée est plus faible. Ainsi, le profil d'un résident souffrant de troubles psychiatriques est le suivant : GMP (GIR Moyen Pondéré) supérieur aux autres résidents

[68] Cécile Rabeux, « L'ARS Bretagne mène une enquête sur l'EHPAD du CHGR après une requête syndicale » (en ligne) in *Hospimedia*, 11 octobre 2016, disponible sur : http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20161011-ressources-humaines-l-ars-bretagne-mene-une-enquete

d'un EHPAD « classique », durée moyenne de séjour très supérieure, compte-tenu du fait que ces résidents sont souvent admis peu après 60 ans, PMP (Pathos Moyen Pondéré) très inférieur.

D'autre part, pour la directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social Marie-Hélène Angelloz-Nicoud, les pathologies mentales ne sont pas reconnues en EHPAD, les modèles de cotation via la grille PATHOS ne sont pas adaptés. Par exemple, une dépression n'est reconnue que s'il y a un traitement chimique[69]. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD du CHGR précise qu'un pansement, même simple, sur une personne avec des troubles psychiques prend plus de temps et que ce temps-là n'est pas valorisé financièrement.

L'accès aux structures médico-sociales pour les personnes âgées présentant des troubles psychiques, même bien équilibrées dans leur traitement, est donc laborieux, ne se traduisant pas aucune incitation financière. Comme le souligne Marlène Techer, « *on peut dire non seulement qu'admettre ces personnes en EHPAD n'est pas rémunérateur, mais surtout que cela semble financièrement préjudiciable à l'établissement alors même que ce dernier se met en difficulté, admettant des personnes refusées dans d'autres structures ou restées sans solution* »[70].

[69]Coline Garré, « EHPAD : de la difficulté de prendre en charge les pathologies mentales » (en ligne) in *Le Quotidien du Médecin*, 3 octobre 2013, disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2013/10/03/ehpad-de-la-difficulte-de-prendre-en-charge-les-pathologies-mentales_672636

[70] Marlène Techer, *La prise en charge de résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD : le cas du Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée du territoire de Belfort* (en ligne), 2016, mémoire EHESP, p.17 disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/dessms/2016/techer.pdf

2 L'EHPAD du CHGR accueille une population atypique nécessitant un fonctionnement adapté, parfois proche du champ sanitaire

Cette partie évoquera les spécificités de l'EHPAD du CHGR, structure annexe rattachée à un EPSM. Dans un premier temps, les caractéristiques de la population accueillie seront évoquées, en comparaison avec des EHPAD « classiques » (2.1). Le fonctionnement de la structure prend en considération ces particularités, avec des admissions et un accompagnement propres au CHGR, et fera l'objet d'un deuxième point (2.1). Enfin, la troisième partie montrera que la transition des anciens USLD vers le nouvel EHPAD n'est pas totalement aboutie avec la survivance de routines sanitaires (2.3).

2.1 La population accueillie sur les sites de l'EHPAD du CHGR ne correspond pas aux profils rencontrés dans les EHPAD « classiques »

2.1.1 L'EHPAD du CHGR accueille des résidents aux profils atypiques

L'EHPAD du CHGR se distingue des autres en raison des profils de résidents accueillis et par un accompagnement rendu complexe de ces personnes au quotidien. 80 résidents sont accueillis à Bruz et 40 à Châteaugiron. Sa capacité d'accueil totale de 120 résidents en fait un grand EHPAD relevant d'un EPSM en comparaison de ses voisins du Finistère et du Morbihan accueillant respectivement 40 et 50 résidents. La cadre du site de Châteaugiron explique que l'EHPAD est l'une des unités les plus compliquées du CHGR, en raison du nombre de résidents, de la dépendance couplée aux troubles du comportement mais également de l'inadaptation des locaux, en particulier pour l'une des deux résidences (sonore, vétuste, avec un nombre de chambres doubles important). Une IDE ajoute que les crises, l'agressivité physique et verbales sont le lot quotidien du travail à l'EHPAD. Les résidents, eux-mêmes, s'énervent entre eux, cette situation peut épuiser rapidement les équipes.

2.1.2 Le public accueilli à l'EHPAD du CHGR se caractérise par des pathologies psychiatriques stabilisées

Près de 80% des résidents ont une pathologie psychiatrique, en majorité des psychoses pour 42 résidents, des troubles en lien avec l'alcool (Kosarkoff) pour 26, des troubles de l'humeur (bipolaires) pour 13 d'entre eux ou encore 13 résidents atteints de démences dégénératives[71]. En comparaison, l'EHPAD des Jardins du Castel sur la commune de Châteaugiron, établissement autonome « classique », d'une capacité de 120 places n'accueille pas de résidents issus de psychiatrie et seulement dix résidents sont suivis par les équipes mobiles du CHGR[72].

Si l'EHPAD du CHGR accueille d'anciens patients de psychiatrie qui, d'ordinaire, seraient refusés dans des EHPAD « classiques », il n'en demeure pas moins qu'il y a des contrindications à l'admission. Les résidents violents susceptibles d'épisodes de décompensation à répétition ne sont pas admis. Comme l'énonce Georges Jovelet, « *l'une des conditions de transfert est que le patient soit durablement stabilisé, ce qui préserve un minimum de sociabilité, et qu'il soit partie prenante dans le projet*»[73].

Toutefois, il convient de relativiser le niveau de dangerosité des patients de psychiatrie vieillissant. Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des troubles, avec des périodes de crise plus éparses. Une majorité de professionnels évoquent régulièrement le caractère « stabilisé » d'une grande majorité de résidents, utilisent le terme « agressivité » plutôt que « violence », jugeant le second plus fort et moins adapté à la réalité. Les effets de traitements pris au long cours ont également un impact sur la stabilisation des résidents.

2.1.3 En raison de leur vieillissement prématuré, ces résidents sont plus jeunes que dans les EHPAD « classiques »

Comme souligné plus haut, le constat établi au niveau national d'une relative jeunesse des résidents venus de psychiatrie en EHPAD se confirme au CHGR. Les pathologies psychiatriques entraînent un vieillissement précoce et une entrée dans la dépendance plus rapide. L'âge moyen devient ainsi un indicateur de provenance, dans la mesure où les valeurs moyennes les plus basses traduisent de profils de personnes handicapées psychiques vieillissantes ou de transferts depuis le CHGR.

---

[71] Annexe 12 : Distribution des pathologies réparties par site

[72] Cf. Annexe 2 : Retranscription d'un entretien avec le directeur de l'EHPAD des « Jardins du Castel » à Châteaugiron.

[73] Georges Jovelet, « Psychose et vieillissement » in *L'information psychiatrique*, volume 86, numéro 1, 2010, pp. 39-47.

Les chiffres montrent que les résidents issus de psychiatrie rejoignent les EHPAD une dizaine d'années avant l'âge moyen d'entrée dans ce type de structure (cf. page n°22, sur la difficile cohabitation entre les générations). Dans l'EHPAD du CHGR, près de 38% des résidents ont entre 70 et 79 ans et 31% de 60 à 69 ans. Ainsi, près de 70% des résidents accueillis à l'EHPAD du CHGR ont moins de 80 ans[74].

2.1.4 L'EHPAD du CHGR se caractérise par un niveau de dépendance élevé traduisant les troubles psychiques des résidents

La relative "jeunesse" des résidents ne signifie pas pour autant un niveau de dépendance faible. Plus de 60% de la population accueillie sur l'EHPAD est classée en GIR 1 et 2 (mars 2017)[75]. Cet indicateur démonte que la grande dépendance des personnes accueillies au sein de l'EHPAD du CHGR est actée, à l'instar du reste du département (plus d'une personne sur deux hébergées dans les EHPAD d'Ille-et-Vilaine avaient un GIR de type 1 ou 2 (51,7%))[76]. Le site de Bruz héberge davantage de résidents ayant un GIR de type 2 et 3.

Le GMP s'élève autour de 770, bien au-dessus de la moyenne nationale pour les EHPAD rattachés à des établissements publics de santé (autour de 732)[77]. Ce fort taux de dépendance trouve son explication dans les pathologies psychiatriques, les dérogations d'âge ou encore dans la présence non négligeable de résidents souffrant de syndrome de Korsakoff.

Les médecins soulignent le fait que le GMP ne rend pas compte de la charge de travail liée à la prise en charge de résidents psychotiques, qui peuvent être autonomes sur le plan de la motricité, mais responsables de comportements compulsifs sans buts et potentiellement dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, et qui, à ce titre, nécessite une surveillance constante. Le GMP vient souligner l'incapacité de ces personnes à se débrouiller seules, sans l'aide d'une tierce personne, à donner leur consentement pour le moindre acte ou à conférer de la cohérence à leurs faits et gestes. En cela, le GMP élevé de l'EHPAD du CHGR peut se rapprocher de celui d'un EHPAD « classique » mais pour des raisons complètement différentes.

Par exemple, pour l'item « transferts, toilettes, élimination, alimentation », le GMP va s'aggraver si la personne n'est pas d'accord pour la toilette et l'habillage, situation récurrente dans l'EHPAD, si elle n'est pas capable d'alerter. La gestion des oppositions,

---

[74] Cf. Annexe 10 : Répartition des résidents de l'EHPAD du CHGR par tranches d'âge
[75] Cf. Annexe 11 : Répartition des résidents de l'EHPAD du CHGR par GIR
[76] Projet d'établissement de l'EHPAD du CHGR.
[77] CNSA, *La situation des EHPAD en 2016 : analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD* (en ligne), novembre 2017, disponible sur : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/cnsa_portrait_ehpad_2016_vf.pdf p.28

notamment à la toilette, a été pensée différemment à Saint-Avé en la reportant au moment de la journée le plus opportun, ou en la limitant au strict minimum. Les temps de toilette cristallisent les conflits, à la fois parce que le rituel ne correspond pas à l'attente de la personne, ou parce que la dimension intrusive est trop forte pour le résident. « *Si la personne ne peut pas sortir seule, si la personne n'a pas de sens dans ses déplacements, c'est-à-dire qu'elle peut se perdre dans sa propre structure,* explique le médecin coordonnateur, *cela signifie qu'elle manque de cohérence et, de facto, cela baisse dans la grille AGIR* ».

2.1.5 Un PMP plutôt bas soulignant la faible technicité des actes prodigués mais ne rendant compte qu'imparfaitement de l'accompagnement de ce public spécifique

Le PMP est un outil permettant de caractériser l'état de prise en charge médicale dans un établissement. Plus son niveau est élevé, plus la charge en soins est importante. Au CHGR, le PMP de 188 se situe bien en dessous de la moyenne nationale pour des établissements comparables (205), c'est-à-dire des EHPAD relevant de CH, sans précision de la spécialité de l'établissement (MCO, santé mentale, etc.)[78]. Comme souligné page n°24, les pathologies psychiatriques ne sont pas reconnues dans le PATHOS. Les troubles du comportement pour être côtés doivent faire l'objet d'une injection mais la prise en charge par le personnel qui va rassurer le patient n'est pas reconnue, le temps d'écoute n'étant pas intégré.
Du fait des troubles, le médecin coordonnateur de l'EHPAD indique que « *même un pansement simple sur une personne psy peut être compliqué et ce n'est pas reconnu par les autorités de tarification* ».

2.1.6 La durée moyenne de séjour, plutôt élevée sur un site et plutôt faible sur l'autre, témoigne de l'hétérogénéité entre les deux sites de l'EHPAD du CHGR

La durée moyenne de séjour est variable d'un site à l'autre. A Bruz, elle est de 11 ans, bien supérieure à celle du département qui est de 4 ans, tandis qu'à Châteaugiron, elle n'est que de deux avec des réorientations systématiques vers l'EHPAD de Bruz ou l'USLD de Rennes.

[78] CNSA, *La situation des EHPAD en 2016 : analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD* (en ligne), novembre 2017, disponible sur : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/cnsa_portrait_ehpad_2016_vf.pdf p.28

Ces réorientations s'expliquent par la vétusté du site de Châteaugiron et par son caractère « transitoire ». Quand la Filière Intersectorielle des Hospitalisations Prolongées (FIPH), nous y reviendrons, adresse des patients, ceux-ci sont orientés vers Châteaugiron. Ils peuvent être dangereux, ils sont moins gérables et donc le site « souffre » de cette situation, avec un *turn-over* plus important des résidents (certains étant réorientés vers la psychiatrie). Sur la résidence de Châteaugiron, on retrouve également plus de psychotiques, certains avec un profil MAS, en raison de retards mentaux. Le médecin coordonnateur précise que « *ce sont souvent des personnes qui ont passé leur vie en psychiatrie et qui nécessitent d'être pris en charge différemment après des années passées à l'hôpital* ». Des réorientations du site de Châteaugiron vers celui de Bruz ont également lieu. La résidence du Prévôt à Châteaugiron a ouvert en 1992 et a particulièrement mal vieilli. La structure dispose de plusieurs espaces collectifs particulièrement sonores et peu lumineux. Huit chambres seulement possèdent une douche et dix comportent deux lits. Ainsi, les résidents qui sont en capacité de faire la demande, notamment ceux qui ont une famille pour les soutenir, sont réorientés vers Bruz dès qu'une place se libère (plus de chambres individuelles avec des salles de bain privatives). Les résidents de Châteaugiron et leurs familles préfèrent être accueillis à Bruz considérée comme disposant d'un environnement plus favorable et plus facile d'accès que Châteaugiron.

A Bruz, les raisons inverses plaident en faveur d'un allongement de la durée moyenne de séjour, pour une population dont la moyenne d'âge est sensiblement inférieure aux valeurs nationales en EHPAD. L'accueil de personnes démentes, dont certaines n'ont pas de passé psychiatrique, et dont l'espérance de vie est plus élevée que celle des anciens psychotiques pourrait expliquer l'augmentation de la durée moyenne de séjour sur la structure.

Le nombre de décès dans les unités sont assez faibles en raison d'orientations systématiques vers l'USLD lorsque l'état somatique se dégrade. Comme indiqué page n°10, l'espérance de vie de populations issues de psychiatrie est plus faible que dans la population générale. Pour le médecin coordonnateur, les résidents issus des EHPAD du CHGR combinent de nombreuses comorbidités, « *ils ont souvent été éloignés du soin, subissent l'effet de traitements parfois lourds, sont sujets à plusieurs pathologies qui se surajoutent les unes aux autres* ». Georges Jovelet citent ces comorbidités qui se cumulent « *handicap mental, maladie somatique, séquelles d'alcoolisme, traits psychopathiques, carences affectives et éducatives* »[79]. Le médecin coordonnateur souligne également les addictions qui réduisent l'espérance de vie de ces populations et

[79] Georges Jovelet, « Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et vécu traumatique », *L'information psychiatrique 2018*, n°94, p. 275-80.

pouvant générer des morts subites, « *pour certains résidents, toute leur AAH est dépensée dans le tabac* ».

2.1.7 L'EHPAD du CHGR fait cohabiter des résidents psychotiques et déments ; un mélange des pathologies générateur de tensions

Le sujet de ce mémoire distingue les pathologies d'origines démentielles de celles d'origines psychiatriques. Les deux champs ne relèvent pas du même secteur : la gériatrie pour l'un et la psychiatrie pour l'autre. Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la présence des pathologies démentielles au sein de l'EHPAD du CHGR, près de 16% des résidents sur le site de Bruz ne relèvent alors pas de la psychiatrie. La cheffe du Gérontopôle explique qu'il est parfois difficile d'étiqueter un syndrome démentiel précis. Les tests cognitifs sont parfois abaissés en raison des prescriptions médicamenteuses. Les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer sont mélangées avec les psychotiques. Ces derniers sont marqués par des comportements délirants ou obsessionnels, mais leurs troubles du comportement sont davantage répétitifs et ritualisés que ceux des malades d'Alzheimer. En revanche, ils sont relativement autonomes sur le plan de la motricité, tandis que les malades d'Alzheimer ont des comportements plus imprévisibles, par suite de leur perte des repères spatio-temporels et de leur déambulation. Dans les deux cas, la communication est très difficile et l'entrée en relation elle-même est souvent complexe et consommatrices de temps. La négociation pour la toilette est répétitive pour nombre de résidents.

Les personnes qui ont passé leur vie en psychiatrie (hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, etc.) ont été habituées à vivre avec des profils de résidents qui leur ressemblaient. La cohabitation avec des profils différents peut être ainsi vécue avec violence. Ce constat est assez similaire à celui qui peut être fait dans les EHPAD classiques, entre les résidents issus de psychiatrie et ceux issus du domicile, il est d'autant plus vrai que les malades d'Alzheimer sont souvent plus âgés que ceux issu d'établissements de santé mentale.

Les routines des deux profils de résidents, déments et psychotiques, s'opposent parfois. Les déments qui déambulent sont tactiles, ont tendance à crier et investissent les espaces privatifs. Des routines qui entrent en contradiction avec celles des psychotiques dont le rapport au corps est complexe et pour lesquels l'intégrité physique revêt une grande importance. Un IDE abonde en ce sens, à défaut de formation, cette cohabitation peut être « *hyper désarmante pour les aides-soignants* ». Si les psychotiques ont besoin d'être cadrés, constamment rappelés à l'ordre, chez les déments, cela peut augmenter les

troubles du comportement. L'accompagnement des résidents à l'EHPAD du CHGR nécessite une adaptation permanente aux pathologies de chaque résident.
Le profilage des résidents entre les deux sites n'est pas établi, toutefois, les résidents souffrant de pathologies démentielles (dont Alzheimer) sont hébergés sur l'EHPAD de Bruz alors que les résidents atteints de troubles mentaux sont davantage orientés au sein de l'EHPAD de Châteaugiron. Cette distinction entre les deux sites a plusieurs arguments. Les personnes démentes sont capables d'apprécier les locaux et ont conservé un lien avec leurs familles, la résidence de Bruz étant plus agréable, elle est mieux adaptée et davantage demandée par les proches. Les psychotiques, qui ont passé souvent plusieurs années de leur vie en psychiatrie, sont moins « regardants » quant au confort de la structure.
Le non profilage des unités trouvent également ses limites en termes de prise en charge du risque médicamenteux. En effet, durant mon stage, un soignant a confondu le traitement d'un résident psychotique et d'un autre souffrant de la maladie d'Alzheimer. Le second ayant pris le traitement du premier s'est retrouvé hospitalisé. Un CREX a été mis en place. La prise en charge en termes de restriction de liberté n'est pas la même non plus, ajoute la psychologue, « *on ne peut pas prescrire de contentions à un dément alors qu'un psychotique peut en avoir besoin… Parfois, les professionnels se trompent et ça ne va pas contribuer à apaiser la personne démente ».*

2.1.8 L'EHPAD du CHGR accueille de nombreux résidents psychotiques

L'EHPAD du CHGR, en raison de son expertise sur les pathologies psychiatriques, a fait le choix d'accueillir en majorité des résidents psychotiques. La cheffe du Gérontopôle dresse un portrait des résidents psychotiques assez éloigné de ceux relevant d'EHPAD classiques. « *Ils sont très ritualisés, souvent agressifs, ils nécessitent une prise en charge dynamique et du temps de personnel* ». Les EHPAD « classiques » accueillent très peu de psychotiques, mais surtout des personnes atteintes de la maladie de Korsakoff. Les défauts d'hygiènes concernent surtout les psychotiques, les refus de toilette sont récurrents chez eux le matin, précise un IDE. La prise en charge du corps de ces résidents est complexe, « *certains nécessitent des douches en plusieurs parties* » explique la psychologue.
Il est également compliqué de les emmener à une consultation extérieure, de les faire monter dans des transports. La cheffe du Gérontopôle explique qu'ils ne sont pas accessibles au raisonnement et qu'il faut parfois être dans « *la négociation permanente* ». Actuellement, l'EHPAD accueille quatre à cinq opposants réguliers. Les équipes s'accordent sur un point : ce sont les schizophrènes dont la prise en charge est la plus

compliquée (hallucination, paranoïa, manipulation, délires mystiques), malgré les traitements.
Ces pathologies alourdissent tous les temps d'accompagnement, notamment l'aide à manger, l'aide aux déplacements, le temps de préparation au coucher.

2.1.9 L'éloignement des deux structures, par rapport au site principal du CHGR à Rennes, peut être un facteur d'isolement des résidents

L'éloignement des deux résidences par rapport à Rennes pose des difficultés. Nombre de résidents ont « fait leur vie » en psychiatrie (les chiffres présentés par l'assistante sociale montrent qu'un grand nombre de résidents ont été hospitalisés au CHGR au moins un an[80]), déambulé sur le site principal disposant d'un grand parc. Certains se rendaient au Centre Socio-Thérapeutique et Culturel (CSTC) régulièrement. Sur Bruz et Châteaugiron, certains profils ne conviennent pas aux structures, ils perdent leurs repères en raison de l'éloignement par rapport à l'hôpital, contrairement à Saint-Avé où l'EHPAD est sur le site de l'hôpital. Leur arrivée inclut un travail de deuil. La privation de liberté peut être néfaste, la structure n'étant pas propice à la sortie, nous aurons l'occasion d'y revenir.
Des périodes d'hospitalisation longues en psychiatrie peuvent avoir rompu les liens familiaux ou avec les proches ce qui explique pourquoi peu de résidents ont des visites régulières. Les réseaux et les affinités qui ont pu se créer sur le site principal, par exemple, se délitent une fois l'entrée en EHPAD en raison de l'éloignement avec le site rennais.

2.2 En tant qu'EPHAD relevant d'un EPSM, l'admission, l'intégration et le suivi du résident soulignent son caractère singulier

2.2.1 Les admissions sont issues de deux listes d'attente, l'une interne au CHGR et une seconde externe

L'existence d'une liste d'attente est subordonnée à des demandes d'admission qui ne sont pas remplies. L'EHPAD du CHGR, comme de nombreux EHPAD publics, dispose d'une liste d'attente. L'admission sera prononcée en fonction de critères de priorité. La spécificité d'un EHPAD relevant d'un EPSM consiste en l'existence de deux listes d'attente, l'une interne à l'établissement et l'autre externe (demandes de l'extérieur). Un tel fonctionnement ne peut exister dans un EHPAD autonome « classique » car celui-ci ne

[80] Cf. Annexe 9 : Durées d'hospitalisation en psychiatrie des résidents avant leur entrée à l'EHPAD du CHGR (chiffres 2016)

dispose pas de filières d'amont susceptibles d'alimenter sa file active. Pour les admissions, un dossier unique est commun pour les deux sites de l'EHPAD.

La liste d'attente interne regroupe les patients de psychiatrie en attente d'une place en EHPAD ou en USLD, certains ont passé une dizaine d'années, voire leur vie, dans l'établissement[81]. En juin 2018, 16 personnes sur la liste interne ont une orientation EHPAD avec les pathologies suivantes parmi les plus représentées : maladie de Korsakoff, troubles schizophréniques, bipolarité, psychose. La file active des EHPAD du CHGR est majoritairement issue des services d'hospitalisation en psychiatrie adulte, pour près de 60%, et de l'USLD de Rennes pour 40%. Au premier trimestre 2018, sur 18 admissions, six étaient issus d'unités de psychiatrie, neuf de l'USLD et une seule du domicile.

Sur la liste externe, on va trouver des personnes en provenance du domicile ou d'autres établissements. Elle comprend près de 200 dossiers. Les dossiers sont rarement à destination d'un seul et unique destinataire que serait le CHGR, « *ce sont des envois groupés* », précise l'assistante sociale. Sur cette liste, on va trouver des résidents d'EHPAD qui sont devenus indésirables dans leur établissement et que le CHGR pourrait reprendre en raison de son expertise psychiatrique. L'assistante sociale précise toutefois que la liste externe comprend beaucoup de déments, qui ne relèvent pas de la psychiatrie, et de personnes âgées issues du domicile. Ces personnes pourraient tout à fait demander des EHPAD « classiques. Si l'adresseur principal est bien le CHGR, rien n'empêche que des résidents issus d'autres EHPAD, avec des pathologies psychiatriques associées, puissent être réorientés vers les structures de Bruz et Châteaugiron. Ce constat s'oppose aux tendances nationales avec une majorité de résidents issus du domicile et il démontre la spécificité des EHPAD relevant d'EPSM. Saint-Avé est dans la même configuration via un recrutement par ses « cliniques » (unités d'hospitalisation).

Le travail d'admission revient au médecin cheffe de pôle, c'est elle qui est chargée de l'orientation en fonction des demandes qui sont faites des services (EHPAD, Unité d'Hébergement Renforcé ou USLD). Lorsqu'une place se libère, la liste est actualisée, le médecin peut revoir l'orientation si nécessaire.

L'EHPAD du CHGR apparaît ainsi comme la seule porte de sortie des services d'hospitalisation pour ces personnes. Il importe de préciser que plusieurs tentatives de placements de patients en provenance du CHGR ont pu avoir lieu vers des EHPAD « classiques » mais que l'intégration a pu mal se passer. La réorientation vers l'EHPAD du CHGR fait office de dernier recours avant un éventuel retour en hospitalisation.

[81] Annexe 9 : Durées d'hospitalisation en psychiatrie des résidents avant leur entrée à l'EHPAD du CHGR (chiffres 2016)

2.2.2 Les admissions à l'EHPAD sont tributaires des échanges avec les unités d'amont des résidents

L'ensemble des unités du CHGR peuvent adresser des patients à l'EHPAD, mais deux se démarquent tout particulièrement[82].

La Filière Intersectorielle des Hospitalisations Prolongées (la FIPH), mise en place en 2016, consiste en la mutualisation des unités au long cours dans une vocation intersectorielle. La création de cette filière de soins est coordonnée avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire et a pour objectif d'orienter les patients vers des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. L'objectif est bien de réduire le volume de patients en hospitalisation prolongée. Il s'agit de faire sortir les patients chroniques et stabilisés afin de concentrer les services d'hospitalisation sur les cas aigus. Au sein de la FIPH, près de 60% des patients ont plus de 65 ans, me précise la directrice des projets du CHGR, or, la FIPH a été construire avec une barrière d'âge à 65 ans afin de limiter l'hospitalisation des sujets âgés. Toutefois, me précise-t-elle, « *on ne peut pas les adresser à n'importe quel EHPAD. Il faut une structure qui soit en mesure de prendre ce type de patientèle* ».

Le Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie Adulte (PHUPA) dispose d'une activité de consultation au CMP, d'une petite unité de gérontopsychiatrie, l'unité Sainte Anne (20 lits), dont la mission principale est l'accueil à visée diagnostique, thérapeutique et d'orientation des patients de plus de plus de 65 ans souffrant de pathologies psychiques liées au vieillissement (cette unité d'admission accueille des patients souffrant de troubles aigus), d'un hôpital de jour pour 20 patients et d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé. Cependant, ce n'est pas un service à destination de l'ensemble des personnes âgées, mais uniquement à destination des patients relevant des secteurs des médecins à l'initiative du projet.

Aujourd'hui, les personnes âgées sont dispersées au sein des unités de l'hôpital en fonction de leur secteur psychiatrique d'origine.

La directrice des projets regrette qu'une unité dédiée aux personnes âgées n'existe pas au sein de l'hôpital. C'est un axe stratégique du futur projet d'établissement. Cette filière intersectorielle pourrait être bien identifiée et dotée de temps de psychiatre à temps plein, d'un hôpital de jour ou encore d'un appui aux secteurs face à des situations complexes.

Pour les admissions en EHPAD, les médecins sont en contact avec les chefs de pôle de la FIPH et du PHUPA. Historiquement, le Chef de service du pôle personnes âgées choisissait, tour à tour, un patient d'un secteur. Cette routine était bien installée au point

[82] Cf. Annexe 14 : Schéma représentant les filières d'amont et d'aval de l'EHPAD du CHGR

que certains soignants évoquent encore « le cahier des tours ». Suite à des fermetures d'unités, dans un contexte de réduction capacitaire, des pressions ont pu être exercées de la part de la direction afin d'envoyer certains patients vers l'EHPAD.

2.2.3 L'admission en EHPAD est caractérisée par une période d'observation qui fait office d'évaluation clinique du résident dans son nouvel environnement

En raison de son appartenance à un EPSM, les professionnels de l'EHPAD vont être particulièrement vigilants quant à la bonne intégration du résident à son nouvel environnement. Cette vigilance sera d'autant plus forte que l'EHPAD ne dispose pas des mêmes moyens et ratios en personnel que les unités d'hospitalisation, ni même de chambre d'isolement en cas de décompensation aigue d'un résident. Comme le souligne George Jovelet, *« la possibilité d'un impact traumatique au déplacement de patients justifie un travail de réflexion sur les conditions d'admission* »[83].

Des essais sur l'EHPAD de patients en provenance de la FIPH ont pu se conclure par des échecs en raison de troubles du comportement trop importants. La tolérance des autres résidents est également plus faible à l'EHPAD car ils sont stabilisés alors que les unités d'hospitalisation regroupent plutôt des patients en phase de décompensation et de tous les âges.

Si ces rituels et son traitement sont tolérés et maintenus dans un premier temps, il est attendu qu'il s'adapte à la vie en collectivité au sein de l'EHPAD.

Châteaugiron accueille prioritairement les urgences sociales et médico-sociales pour une orientation immédiate qui n'est pas nécessairement confirmée. L'ensemble de ces facteurs contribue à faire du site de Châteaugiron un rôle de sas d'observation et à augmenter le turn-over. L'accueil en urgence de psychotiques gravement atteints ne permet pas toujours leur maintien en EHPAD. Une réorientation en USLD est alors prononcée.

A Saint-Avé, la période d'observation intervient avant l'admission en EHPAD, dans un service dénommé « Tremplin » qui fait le lien entre les services d'hospitalisation et le médico-social. Il s'adresse aux résidents en attente d'une place, ces derniers vont pouvoir participer aux activités de la structure en amont de leur entrée, ainsi que visiter leur future résidence.

2.2.4 Le suivi psychiatrique des résidents est identique à celui proposé en hospitalisation les six premiers mois après l'admission mais évolue ensuite

[83] Georges Jovelet, « Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et vécu traumatique », *L'information psychiatrique 2018*, n°94, p. 275-80.

Le suivi psychiatrique des résidents est défini précisément. Les six premiers mois après leur admission dans l'une ou l'autre résidence, durant ce qu'on appelle la « période d'observation », ils sont suivis par leur service de psychiatrie d'origine en fonction du secteur dont ils relèvent. Après cette période de six mois, l'équipe mobile prend le relai.

Le PHUPA dispose d'un dispositif de géronto-psychiatrie pour intervenir sur les EHPAD de ces trois secteurs. L'équipe mobile infirmière, composée de 4 IDE prévient les situations de crises, elle a également un rôle d'informations et de conseils sur la maladie. L'équipe mobile permet de tisser le lien avec les équipes soignantes en locale et de discuter des pathologies et des traitements. L'intervention se fait toujours dans le lieu de vie habituel de la personne âgée. Elle intervient sur l'EHPAD du CHGR tous les mois mais elle peut également se rendre dans des EHPAD « classiques » ayant signé une convention de partenariat avec l'EPSM. La sollicitation d'intervention de l'équipe mobile infirmière est réalisée par toute personne impliquée dans la prise en soin de la personne âgée.

Une ASH souligne que, lorsque le suivi psychiatrique devient moins régulier, notamment après la période d'observation, certains résidents s'en plaignent. Le passage d'une structure sanitaire à une structure médico-sociale nécessite également un temps d'adaptation des résidents qui ont été habitués à voir leur psychiatre régulièrement.

Un IDE précise que les équipes connaissent mieux les troubles psychiatriques, en comparaison à un EHPAD « classique », du fait que la porte d'entrée soit l'EPSM. Le résident issu de psychiatrique va avoir besoin d'être surveillé pour être stabilisé dans sa pathologie. Si dans les EHPAD « classiques », la baisse de l'autonomie va être la préoccupation première, ici, ce sont surtout les troubles du comportement qui vont intéresser.

Il faut aussi préciser que le recrutement des IDE est en lien avec la spécificité du public. Un grand nombre d'entre eux a exercé en psychiatrie ou a eu l'occasion d'y faire des stages, que ce soit à l'intérieur du CHGR ou dans d'autres établissements de santé mentale. La cadre indique que l'adaptation est plus difficile pour d'autres personnels, ASH ou AS notamment, qui font des remplacements ou sont là pour de courtes durées, *« elles s'attendent parfois à travailler dans un EHPAD « classique » et elles n'ont pas forcément les clefs pour comprendre certains résidents car ça n'est pas toujours intuitif* ».

2.2.5 L'EHPAD du CHGR autorise des comportements qui ne seraient pas tolérés dans les EHPAD « classiques »

Le seuil de tolérance des équipes par rapport aux résidents est bien supérieur à ce qui peut exister dans un EHPAD « classique ». Cela s'explique par les troubles des résidents pouvant se manifester de façon, parfois, spectaculaire ou dégradante, au sens de la

dignité humaine (résidents qui marchent à quatre pattes, mangent assis sur les genoux, etc.). L'assistante sociale ajoute que l'EHPAD du CHGR ne peut convenir qu'à une population « *très spécifique* ». Elle se souvient d'une résidente d'un EHPAD du Finistère qui était rentrée sur le site de Bruz. Cette dernière était toujours dans la demande et n'était jamais contente des prestations. Elle interpellait sans arrêt les équipes. Elle a fait un premier séjour de deux ans mais elle souhaitait partir, ne supportant pas les « fous ». Elle est partie dans un EHPAD classique, elle n'y a résidé qu'un an interrompu par de multiples séjours en psychiatrie. « *L'accompagnement proposé à l'EHPAD du CHGR permet de « contenir » certains profils alors que d'autres EHPAD n'y arrivent pas* » précise l'assistante sociale. Si cette résidente se sentait « normale » parmi les « fous », toujours est-il qu'elle n'était tolérée qu'au sein de l'EHPAD du CHGR. Le directeur du pôle médico-social de l'EPSM de Saint-Avé abonde en ce sens, « *les compétences proposées dans notre EHPAD permettent de les tenir, ils ne pourraient pas aller en EHPAD « classiques »* ».

Si la vie en collectivité et l'adaptation au groupe figurent parmi les prérequis à l'admission dans nombre d'EHPAD, au CHGR, des actions très personnalisées vont pouvoir être mises en place sur des temps courts afin de répondre aux besoins de la personne. Les EHPAD classiques auront tendance à se séparer plus rapidement d'un résident dont les gestes apparaitront déplacés et cela sur la base du non-respect du contrat de séjour. La Cheffe du Gérontopôle et le médecin coordonnateur s'accordent ainsi sur un point : la stabilisation psychiatrique n'est pas entendue de la même manière dans l'EHPAD du CHGR que dans les EHPAD classiques. « *Les rituels, les bizarreries sont acceptés en raison de l'appartenance de l'EHPAD à un EPSM* » précisent-elles.

Les soignants de l'EHPAD du CHGR reconnaissent également que le seuil de tolérance au sein de la structure est plus élevé que dans d'autres établissements. Un IDE indique que « *la pathologie psychiatrique amène une légère anarchie qu'il faut laisser vivre* ». Il faut accepter que les résidents ne soient jamais totalement intégrés à une vie en collectivité « normale ». Il ne faut pas, pour autant, les isoler. Ce même IDE explique que, par exemple, les résidents qui crient régulièrement sont les bienvenus aux animations, à la table avec les autres résidents, lors du déjeuner. Dans un EHPAD classique, la tendance serait plutôt à l'isolement de cette personne afin qu'elle ne dérange pas les autres.

Cette plus grande tolérance s'accompagne également de pratiques qui pourraient s'apparenter à de la maltraitance dans un EHPAD « classique ». Parfois, des recadrages sont aussi indispensables. *« On recadre les résidents, ça peut surprendre parfois, on hausse le ton mais on n'est jamais insultants* » explique une AS. Certaines pathologies, la schizophrénie notamment, créent parfois des tensions avec des résidents en permanence dans la contestation.

2.2.6 L'accompagnement proposé à l'EHPAD du CHGR met l'accent sur les Projets Individualisés Personnalisés (PPI)

Comme le souligne George Jovelet, la bientraitance ne peut se fonder que sur le respect de la personne dans sa singularité et dans sa dignité. Il précise que « *cet écart se trouve entre le « cure » du soin et le « care » de l'assistance, entre le sanitaire et le médico-social* »[84]. Ainsi, bien que l'EHPAD rattaché à un EPSM, la dimension sociale de l'accompagnement doit également être valorisée et le CHGR s'efforce de ne pas limiter la prise en charge aux seuls soins.

Dans ce cadre, les projets personnalisés ne sont pas systématiquement mis en œuvre, «*la proportion de résidents ayant un projet personnalisé est d'ailleurs un peu plus faible en Bretagne (59%) qu'en France (64%)* »[85]. Les professionnels du CHGR se sont fixés un objectif ambitieux : atteindre les 100% de projets personnalisés individualisés (PPI) actualisés et réactualisés d'ici l'échéance du futur projet de service. Ces PPI sont d'autant plus exigeants que les professionnels doivent s'adapter aux pathologies de chacun. On peut dire que l'accompagnement de personnes âgées fragiles place haut le niveau de responsabilisation de tous les intervenants. Son projet sera personnalisé en fonction de l'histoire de vie et des habitudes de la personne (et notamment ses rituels lors de la toilette ou son rapport au corps, éléments importants dans la prise en charge d'un résident psychotique) recueillies auprès du résident et de son entourage ou des soignants des équipes des services d'hospitalisation avant son entrée en EHPAD. Pour le directeur du pôle médico-social de l'EPSM de Saint-Avé, il s'agit de trouver le bon équilibre entre « *stimulation et sur-sollicitation* » dans la mise en place de ces projets.

L'animatrice rencontrée, à plein temps sur l'animation depuis 2005, insiste sur l'importance de son travail au sein de l'EHPAD. Pour elle, *« l'animation apporte de la vie dans la résidence, permet de maintenir des liens sociaux, du plaisir… Le CHGR (le site de Rennes) est très actif à ce niveau-là, il faut qu'il y ait une continuité après le passage en EHPAD* ». Les animations sont adaptées au public, elles sont souvent assez courtes (moins de deux heures).

L'animatrice relève qu'il est difficile d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur, de formaliser des partenariats avec d'autres EHPAD pour s'associer à des activités. L'ouverture sur la Cité d'anciens établissements à vocation « asilaires » restent donc compliquée. « *Les deux structures restent rattachés à la psychiatrie, ça peut être repoussoir pour des*

---

[84] Georges Jovelet, « Psychose et vieillissement » in *L'information psychiatrique*, volume 86, numéro 1, 2010, p. 39-47

[85] ARS Bretagne, « Regard sur la bientraitance dans les EHPAD bretons : analyse des résultats de l'enquête bientraitance EHPAD 2015 » in *Les Etudes de l'ARS* (n°17), décembre 2017

EHPAD « classiques ». Les équipes d'animation des autres établissements pensent que nos résidents accueillis ont de gros troubles difficiles à canaliser », poursuit l'animatrice.
Pourtant, l'animation se fait uniquement sur la base du volontariat à partir des PPI décidés avec le résident. Quand un résident est en phase de décompensation, il ne participe pas aux animations, y compris si elles étaient prévues de longue date. Si l'accompagnement individualisé prime, sur les temps d'animation, l'inclusion dans le groupe est primordiale. L'animatrice précise qu'elle n'a eu aucune situation difficile à gérer en treize ans d'animation. Toutefois, elle veille à ce qu'un résident pouvant se révéler perturbateur n'entraîne pas les autres avec lui.

2.3 L'EHPAD du CHGR conserve des références sanitaires malgré sa transformation en établissement médico-social

2.3.1 La transformation relativement récente de l'USLD en EHPAD a pu entraîner un sentiment de perte de sens pour les professionnels pour lesquels les ratios d'USLD font toujours références

Les USLD du CHGR ne sont devenus un EHPAD unique qu'à partir du 1er janvier 2010. Le corps médical a d'abord été réservé face à la transformation de lits d'USLD en lits d'EHPAD. Pour reprendre le mémoire de la directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social Christine Mercier, pour certains médecins de l'établissement, "c*ertains de ces patients atteints de pathologies psychiatriques, assez autonomes en apparence, sont toujours susceptibles de présenter des rechutes ou une décompensation et nécessitent une surveillance rapprochée, dans le cadre d'un projet de soins précis. C'est pourquoi le corps médical reste circonspect face au passage de l'USLD à l'EHPAD, du "projet de soins" au "projet de vie", qui serait susceptible de faire perdre des moyens à l'établissement et de la qualité des soins aux patients*"[86]. La redéfinition des lits d'USLD en EHPAD a obligé l'établissement a scindé la population de l'USLD en deux parties, les patients nécessitant des soins médico-techniques importants (SMTI) continuant de relever de l'unité sanitaire et les autres orientés vers l'EHPAD. L'IGAS plaide en ce sens "*la partition et le rattachement des USLD au domaine sanitaire son réalisés "afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance*"[87].
Pour l'EHPAD du CHGR, la sortie relativement récente de l'USLD entretient chez les personnels une comparaison récurrente avec une configuration antérieure en matière de

[86] Christine Mercier, *De l'USLD psychiatrique à l'EHPAD, la démarche qualité : un instrument au service de la restructuration*, 2009, mémoire EHESP
[87] Antoine Delattre, Stéphane Paul, *Rapport de l'IGAS sur les Unités de Soins de Longue Durée* (en ligne), mars 2016, disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-105R.pdf , p.23

ressources humaines, doté de moyens supérieurs[88]. Les pratiques professionnelles qui correspondaient à ces dotations en effectifs ont pu survivre, d'autant que l'identité médico-sociale de l'EHPAD, en tant que lieu de vie, n'est pas encore fortement affirmée par le CHGR. A titre d'exemple, le port de la blouse blanche est toujours d'actualité, au point même que la distinction entre l'hôpital et l'EHPAD n'existe pas. Une réflexion est à l'œuvre dans le cadre du futur projet d'établissement afin d'intégrer les tenues civiles à l'intérieur de l'EHPAD.

La directrice des projets explique que le passage d'une culture sanitaire à une culture médico-sociale a été considéré par certains professionnels sous l'angle de la seule suppression de postes d'IDE et de l'absence d'IDE de nuit[89]. Cette transformation n'a pas été assimilée à un changement dans l'accompagnement mais s'est traduite par une « *perte de sens* ». Ce constat doit être tempéré, l'effectif d'IDE reste supérieur à la moyenne nationale des EHPAD. L'EHPAD du CHGR compte actuellement 10 ETP d'IDE (plus deux cadres de santé), soit 6,6 ETP ramenés à 80 lits.

2.3.2 Des entorses à liberté d'aller et venir témoignent d'un fonctionnement relevant plutôt de l'unité de soins que du lieu de vie

La liberté d'aller et venir des personnes accueillis dans les établissements sociaux et médico-sociaux a été consacrée par de nombreux textes. Au CHGR, la liberté d'aller et venir n'a pas été réfléchie de manière globale, le caractère sanitaire, voire même « asilaire », de la structure, avec des unités fermées, a perduré malgré la transformation en EHPAD.

La contrôleuse générale des lieux de privation a mis en lumière dans son rapport annuel de 2012 des privations de liberté auxquelles sont soumis les résidents d'EHPAD, parmi lesquelles figure la liberté d'aller et venir. La situation des personnes âgées dépendantes en EHPAD est ainsi très proches des patients en hôpital psychiatrique : atteintes aux libertés de circulation, isolement, contention, etc.[90]

Les résidents de l'EHPAD du CHGR sont relativement mobiles par rapport aux personnes âgées relevant d'EHPAD « classiques ». Cette mobilité est difficile à gérer au sein des deux sites, en raison de la conciliation entre liberté et sécurisation des résidents. La règle est toujours celle qui prévalait dans les USLD : la non-sortie des résidents sans autorisation. L'assistante sociale explique que « *c'est un risque à prendre* » et que les familles ne vont pas toujours dans le sens de leurs résidents accueillis ; les unités fermées les sécurisent.

---

[88] Cf. Annexe 5 : La définition d'une USLD.
[89] Cf. Annexe 4 : Historique : des USLD psychiatriques à l'EHPAD unique du CHGR.
[90] Loan Ego, « La contrôleuse des prisons « prête à inspecter les EHPAD » » in *Paris Match*, 13 mars 2018

La majorité des résidents ne sont pas en mesure de sortir seuls, ils ont besoin d'être accompagnés. L'extérieur peut être source d'angoisses et d'accroissement des troubles. La psychologue trouve cela préjudiciable qu'une majorité, *« qui a souvent des difficultés à se repérer au sein de l'établissement même* », justifie qu'on limite la liberté d'aller et venir d'une minorité plus autonome. L'architecture n'est pas non plus adaptée et peut faire obstacle à la liberté d'aller et venir. Il faudrait un bâtiment de plein pied, un jardin fermé accessible aux résidents qui déambulent. A contrario, à Saint-Avé, l'EHPAD est ouvert sur l'extérieur grâce à l'utilisation de bracelets pour ceux qui n'ont pas le droit à la liberté d'aller et venir (les portes se referment lorsque ceux-ci dépassent une certaine limite). Le projet d'établissement inscrit d'ailleurs dans ses objectifs principaux l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur.

Avec les projets personnalisés individualisés au CHGR, ça devrait pouvoir se réguler, assure l'assistante sociale, mais il y a toujours une crainte des soignants que les résidents disparaissent dans la nature. Pourtant, la demande émane même de certains résidents qui se plaignent du caractère « carcéral » de la structure. Certains jouissaient d'une plus grande liberté lorsqu'ils étaient hospitalisés, à Rennes, avec des permissions de sortie plusieurs heures par jour. C'est aussi l'inconvénient d'accueillir une population aux profils variés. Pour les déments, un établissement ouvert sur l'extérieur serait trop risqué alors que pour les psychotiques c'est plus au « *cas par cas* » souligne l'ergothérapeute.

Au problème de l'ouverture sur l'extérieur, la gestion des clefs de chambre vient se surajouter. Les chambres sont fermées en journée et les résidents doivent demander aux soignants pour pouvoir y rentrer. Les résidents déambulants seraient tentés de rentrer dans les chambres des autres si celles-ci étaient maintenues ouvertes.

Les orientations systématiques vers l'USLD peuvent également être appréhendées comme une entrave à la liberté d'aller et venir[91]. Au premier trimestre 2018, six réorientations définitives vers l'USLD ont été prononcées, dont deux ont été précédées d'un retour en service d'hospitalisation de psychiatrie. Pour l'ergothérapeute, « *envoyer les gens en fin de vie à l'USLD alors qu'ils ont passé une grande partie de leurs dernières années en EHPAD, ne n'est pas respecter la notion de lieu de vie* ». Nombre de résidents vont en USLD, y compris s'ils ne le souhaitent pas, si la famille ou le tuteur ne font pas opposition au transfert.

2.3.3 Le nombre de médicaments consommés à l'EHPAD du CHGR révèle le caractère psychiatrique de la structure

[91] Cf. Annexe 14 : Schéma représentant les filières d'amont et d'aval de l'EHPAD du CHGR, où l'on voit que le positionnement de l'USLD n'est pas tout à fait clair.

Le nombre de références médicamenteuses utilisées à l'EHPAD du CHGR est bien supérieur à celui d'un EHPAD « classique », et cela malgré la stabilisation de la majorité des résidents. Des neuroleptiques, des antidépresseurs, des anxiolytiques sont utilisés, certes à des dosages moindres que dans les unités d'hospitalisation psychiatriques, mais venant souligner la spécificité de l'EHPAD du CHGR. S'il existe une liste des médicaments recommandée aux personnes âgées, celle-ci n'existe pas pour le patient âgé psychotique, pour lesquels certains médicaments adaptés à son âge ne sont pourtant pas recommandés, et inversement. Un IDE indique d'ailleurs que les neuroleptiques ne sont pas utilisés dans les EHPAD classiques, il donne cette précision à la lumière de ses expériences professionnelles antérieures. L'usage de ces neuroleptiques nécessite une surveillance médicale renforcée, venant rajouter une charge de travail pour les IDE, du fait des nombreux effets secondaires qu'ils génèrent (retard à la selle, notamment). Certains traitements requièrent des bilans tous les mois.

L'IDE d'EHPAD psychiatrique a une mission de réadaptation constante des traitements et d'évaluation des effectifs secondaires. Les médecins prescrivent deux fois par semaine. L'usage des « si besoin » est devenu courant pour apaiser les résidents agités. Les « si besoin » correspondent à une augmentation des traitements si nécessaire. Les IDE reconnaissent bénéficier d'une plus grande autonomie d'action médicamenteuse, la pharmacienne PUPH du CHGR souhaiterait minorer le recours aux « si besoin ».

Le circuit du médicament mérite d'être d'autant plus renforcé que les médicaments prescrits sont nombreux et comportent des effets secondaires importants. La pharmacienne explique que l'EHPAD n'a pas un circuit à part mais bénéficie de stocks plus importants en raison de l'éloignement des sites de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Les AS ont été formés à la dispensation de médicaments. Toutefois, et malgré les précautions prises, des erreurs de dispensation ont pu avoir lieu entre une personne démente et une personne psychotique (cf. page n°30, sur le CREX). Le profilage des unités va dans le sens de la diminution de telles erreurs de dispensation. Pour la pharmacienne, il faudrait un double-contrôle pour limiter les situations à risque. On peut penser que le problème se pose avec moins d'acuité dans les EHPAD « classiques ».

2.3.4 Le niveau de contention demeure élevé interrogeant le caractère médico-social de la structure

Les contentions consistent en l'utilisation de moyens ou méthodes empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire du résident[92], elles peuvent se faire au fauteuil ou

[92] Définition de la HAS (en ligne), « Contention mécanique en psychiatrie générale », 20 mars 2017, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2750997/fr/contention-mecanique-en-psychiatrie-generale

au lit (ceinture, sécuri-drap) elles constituent une entrave à la liberté d'aller et venir et peuvent générer des troubles supplémentaires. Le recours à la contention physique, en vue de la sécurisation d'une personne présentant un comportement jugé dangereux ou non adapté, doit prendre en compte un certain nombre d'impératifs : « *une prescription médicale motivée, l'information du patient et de ses proches, une surveillance et une évaluation fréquente de la sécurité du patient et de l'efficacité de cette mesure* » (sources ANAES 2010)[93].

Les professionnels de l'EHPAD s'accordent pour dire que le niveau de contention reste élevé, que certaines pourraient être revues (des contentions chroniques sont prescrites pour la sécurité) et que de telles pratiques interrogent leur éthique professionnelle (elle a des conséquences psychologiques, aussi bien pour les résidents que pour les soignants qui se voient comme « privateurs » de libertés). Même si certains résidents le demandent, cette pratique n'est pas satisfaisante en l'état. L'EHPAD a bénéficié de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur la contention. C'est quelque chose qui est réévalué, la question des bénéfices est régulièrement posée. Le personnel se prononce majoritairement en faveur de la baisse des contentions, cela supposant une surveillance rapprochée (maximum 6 heures par jour).

L'EHPAD conserve le « passif » de l'USLD du CHGR, où le recours à la contention a pu être systématique sans réflexion autour des « bénéfices – risques ». Le passage du sanitaire au médico-social, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, aurait dû signifier la fin de cette pratique. Toutefois, pour la psychologue, « *on est loin du compte, on essaye d'avoir une réflexion, de limiter le plus possible mais les anciennes routines de psychiatrie demeurent* ». Il y a des progrès qui ont été réalisées, notamment avec les lits Alzheimer permettant de ne plus attacher les résidents au lit.

[93] ARS Bretagne, « Regard sur la bientraitance dans les EHPAD bretons : analyse des résultats de l'enquête bientraitance EHPAD 2015 » in *Les Etudes de l'ARS* (n°17), décembre 2017

3 Les spécificités de l'EHPAD du CHGR pourraient être revalorisées afin d'en faire un véritable établissement médico-social dont la compétence en psychiatrie serait reconnue

Cette partie a pour objet la présentation de recommandations relatives à la prise en charge des personnes âgées issues de psychiatrie, à destination de mon établissement de stage mais également d'autres EHPAD. Elles sont tirées des enseignements et constats issus du présent mémoire tout en intégrant les dynamiques à l'œuvre au CHGR. Il s'agira de s'interroger sur les profils des résidents accueillis, au regard des capacités de la structures (3.1), tout en se demandant si les ratios de personnel et la politique de formation sont suffisants (3.2). Enfin, une meilleure dissociation de l'EHPAD par rapport à l'USLD permettrait d'en faire une véritable structure médico-sociale dont l'expertise psychiatrique serait reconnue (3.3).

3.1 Réinterroger les profils des résidents accueillis à l'EHPAD afin d'admettre ceux répondant aux capacités de l'établissement

3.1.1 Revoir les niveaux de PMP/GMP afin de réduire la charge de travail des équipes et générer des dotations plus favorables

Nous l'avons vu, les niveaux de GMP et de PMP ne sont pas satisfaisants et contribuent à une charge de travail élevée des soignants non valorisée financièrement (en raison de l'exclusion des pathologies psychiatriques de la grille PATHOS).

Il pourrait être envisagé de faire varier, au niveau des admissions, les profils entrants pour diminuer le poids en GMP ou son équivalent en termes de lourdeur de situation psychiatrique. Toutefois, la baisse du GMP se répercutera sous forme de baisse de dotations par les autorités de tutelle (ARS et Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine), ce qui ne fera que reporter le problème. Toutefois, on peut imaginer que les soignants y gagneront en confort de travail. Effectivement, de nombreux entretiens soulignent une charge de travail accrue corollaire de la hausse du niveau de dépendance des résidents. Pour la cadre de Châteaugiron, « *ces résidents très dépendants vont accaparer les soignants alors que d'autres, plus autonomes, auraient besoin de temps relationnel* ». A Saint-Avé, si l'USLD exclut les patients qui ne sont pas en GIR 1 et 2, on peut imaginer que la logique inverse s'applique à l'EHPAD afin de regrouper les résidents les plus autonomes entre eux. Le but de cette démarche est vraiment de recentrer l'EHPAD sur l'accompagnement relationnel, dans une logique médico-sociale, tandis que l'USLD aurait une mission surtout curative ou de soulagement de douleurs.

Le même raisonnement peut être conduit pour le niveau de PMP, sachant que les protocoles de soins adaptés aux profils des résidents atteints de troubles psychiques impliqueront à la fois des niveaux de PMP et des rémunérations sur le forfait soins plus élevées. Par ailleurs, un cabinet d'experts sollicité au sein du CHGR estime que les troubles chroniques du comportement méritent une nouvelle cotation sur les deux sites, notamment des cotations P2 (nécessité d'une prise en charge psychothérapique et/ou psychomotrice) et T2 (syndrome démentiel).

Enfin, la mise en place d'une véritable commission d'admission pluridisciplinaire, qui n'existe pas aujourd'hui, permettrait à d'autres acteurs, et notamment au directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, de participer au recrutement de résidents dont les profils assureraient une plus grande soutenabilité de la structure, tant au niveau de la qualité de vie des équipes (moins de dépendance) que sur le plan financier (niveaux de PMP plus importants et donc plus rémunérateurs). Pour le directeur du pôle médico-social de Saint-Avé, l'installation de la commission d'admission, réunissant directeur de la résidence, le médecin généraliste, le cadre et la secrétaire de la

structure, a fait de l'EHPAD un véritable établissement médico-social à partir du moment où les admissions ne relevaient plus seulement de compétences médicales. L'EHPAD de Saint-Avé comprend également une commission de sortie, spécificité propre à la psychiatrie, ayant pour vocation de réévaluer les transferts entre EHPAD et USLD ou avec les structures extérieures. Elle se réunit tous les trois mois et bénéficie du renfort de l'assistante sociale.

3.1.2 Le reprofilage des unités semble nécessaire au regard de la diversité des profils accueillis à l'EHPAD

Le reprofilage des unités de l'EHPAD est actuellement à l'étude. Le futur projet de service unique des deux sites de l'EHPAD prévoit en effet de créer trois unités distinctes. Une à destination des résidents psychotiques, une pour les déments et une dernière pour la grande dépendance. Ce profilage est d'autant plus nécessaire que nous avons exposé les difficultés à faire cohabiter les différents profils de résidents, notamment déments et psychotiques. Les familles sont également demandeuses d'un tel projet, certaines ne supportant pas que leurs parents déments puissent être entourés de résidents psychotiques, souvent isolés.

Ce reprofilage s'inscrit dans le cadre d'un projet de destruction du site de Châteaugiron, dont la vétusté et l'éloignement sont un frein à son développement, et de reconstruction des 40 places sur le site de Rennes, à proximité de l'USLD. Ce projet permettrait de générer des économies d'échelle en mutualisant les moyens entre les 40 lits d'EHPAD et les 80 lits d'ULSD. Le nouvel EHPAD pourrait bénéficier du renfort des personnels présents sur l'USLD, comme c'est le cas à Saint-Avé où l'EHPAD occupe le rez-de-chaussée de la résidence et l'USLD le premier étage. L'IDE de nuit peut ainsi venir en renfort si nécessaire.

La reconstruction sur le site de Rennes est d'autant plus pertinente que les résidents psychotiques, ceux qui seraient les premiers destinataires de cette nouvelle unité, ont été habitués à y vivre. Ce regroupement permettrait à certains de poursuivre des activités au CSTC et de maintenir le lien social. Ce reprofilage faciliterait également l'accès aux services des différents secteurs de psychiatrie qui seraient sur place mais aussi les réorientations d'urgence vers les services d'hospitalisation.

Toutefois, on peut se demander si la non-mixité des profils ne va pas entraîner une charge de travail plus importante pour les soignants, en particulier dans une unité réservée aux grands dépendants, il faudrait alors envisager de ventiler les personnels entre les unités avec des ratios différents d'un secteur à l'autre.

3.2 Le profil des résidents accueillis pourrait justifier le renforcement des ratios de personnel et de la politique de formation

3.2.1 Le ratio d'encadrement pourrait être réévalué en vue de renforcer l'accompagnement relationnel du résident

L'EHPAD du CHGR ne peut pas être assimilé à un EHPAD « classique » en raison de son appartenance à un EPSM. Les résidents peuvent parfois décompenser. Les crises, quand elles ont lieu, peuvent épuiser les équipes et remettre en question le projet médico-social de la structure (l'EHPAD est-il un endroit où l'on envoie les malades psychiatriques dont les services d'hospitalisation de psychiatrie adulte ne veulent plus ?). Pour reprendre les termes du mémoire de Marlène Techer, il serait pertinent de réfléchir à un ratio d'encadrement infirmier similaire à celui du secteur du handicap (MAS, FAM), bien que l'unité relève de la dotation d'EHPAD et donc d'un ratio d'encadrement moindre[94]. Les ratios de personnel en établissements de santé mentale sont également bien plus importants qu'en EHPAD. L'EHPAD du CHGR dispose de 5 aides-soignants en semaine le matin, 4 l'après-midi pour 40 résidents. S'y ajoutent 1 ASH de matin et 1 ASH d'après-midi. Pour la cadre de l'EHPAD de Châteaugiron, c'est un ratio « *tout juste convenable au regard du niveau de dépendance des résidents* ». Toutefois, chacun sait que la raréfaction des ressources ne va pas dans le sens d'une augmentation des effectifs et du nombre de professionnels auprès des résidents. Pourtant, la spécificité du CHGR mériterait d'être prise en compte mais sa situation n'est pas financièrement valorisée.

Dans ce cadre, une AS reconnaît des problèmes d'effectifs récurrents. Elle insiste sur le manque de temps disponible nécessaire pour bien faire son travail, en mettant en avant le caractère relationnel de la psychiatrie (« *la psy, c'est davantage du relationnel que du nursing* »). En mai 2016, le Conseil de la Vie Sociale (CVS) commun des deux sites écrit au Directeur Général du CHGR pour signaler « *le manque récurrent d'effectifs soignants et non soignants, pour cause principale de non-remplacement, compromettant aussi bien les soins de qualité que la sécurité des résidents pris en charge* »[95].

L'admission de résidents moins dépendants pourrait soulager les professionnels, en diminuant la charge de travail, comme évoqué plus haut. L'AS admet qu'aujourd'hui, *« les autonomes viennent en salle à manger. Ceux qui restent en chambre sont ceux qui ont besoin d'être plus accompagnés* ».

---

[94] Marlène Techer, *La prise en charge de résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD : le cas du Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée du territoire de Belfort* (en ligne), 2016, mémoire EHESP, disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/dessms/2016/techer.pdf

[95] Laurent Tréhu « Tensions à la résidence du Prévôt » (en ligne) in *Ouest-France* du 12 octobre 2016, disponible sur : https://www.ouest-france.fr/bretagne/chateaugiron-35410/tensions-la-residence-du-prevot-4557028

On peut également imaginer que le reprofilage des unités puisse être une opportunité de réorienter les soignants en fonction de leurs motivations et de leurs objectifs. A Saint-Avé, la reconstruction de l'EHPAD-USLD au sein de la résidence Arc-en-Ciel en 2018 a permis de « réorienter » les professionnels en fonction de leur appétence pour un accompagnement plus médico-social (en EHPAD) ou pour une prise en charge davantage sanitaire (en USLD). Au CHGR, la même question pourrait se poser pour la répartition des équipes entre, d'un côté, l'USLD et l'unité de l'EHPAD consacré aux résidents les plus dépendants, et de l'autre côté, les unités consacrées aux psychotiques et aux déments.

3.2.2 Favoriser une politique de formation en adéquation avec les profils des résidents accueillis

Les entretiens menés font ressortir un besoin de formation des équipes sur les pathologies psychiatriques, auquel peut s'ajouter la méconnaissance du secteur en l'absence d'expériences antérieures dans des établissements de santé mentale. Bien que relevant d'un EPSM, l'accent n'a pas été mis sur l'accompagnement de ces profils atypiques en EHPAD, certains personnels n'étant pas formés. Les formations suivantes ont toutefois été demandées : les communications verbales et non verbales avec les psychotiques, la gestion de l'agressivité et des troubles du comportement, la découverte des maladies psychiatriques, l'approche du soin pour les résidents psychotiques. A Saint-Avé, le projet médical de l'EHPAD-USLD fait clairement ressortir dans les critères d'orientation en EHPAD que l'accompagnement se fait « *par une équipe formée en soins psychiatriques avec un suivi médical régulier* ». L'arrivée en EHPAD à Saint-Avé de tout nouveau professionnel supposerait que ce dernier ait été formé aux soins psychiatriques, ce qui n'est pas le cas au CHGR.

L'offre en formation n'est d'ailleurs pas toujours satisfaisante. La cadre supérieure du Gérontopôle regrette que des prestataires extérieurs confondent « démences » et « pathologies psychiatriques » et ne répondent pas au cahier des charges requis par le CHGR. Il faudrait que les professionnels apprennent à distinguer les deux et à savoir comment agir face à telle ou telle pathologie. Un IDE interrogé estime que des professionnels ne sachant pas distinguer résidents psychotiques et déments risquent de créer du mal-être chez la personne. Pour ce même IDE, « *ces professionnels seront frustrés dans leur travail car ils ne comprendront pas pourquoi le résident réagit de telle manière alors que l'action partait d'une bonne intention* ».

Les formations sur la psychiatrie pure ne sont également pas adaptées, admet la psychologue, « *les résidents sont stabilisés pour la majorité, les épisodes de crise sont moins impressionnants et nous n'avons pas de chambre d'isolement* ». Le CHGR propose

déjà dans son plan de formation des modules de « connaissances des pathologies mentales », accessibles aux professionnels et aux partenaires (EHPAD autonomes, par exemple) qui sont à renforcer au regard de la demande.

3.3 Faire de l'EHPAD une véritable structure médico-sociale en approfondissant la distinction avec l'USLD et tout en en reconnaissant son expertise psychiatrique

3.3.1 Les critères d'admission à l'USLD et à l'EHPAD devraient être clarifiés afin d'éviter les ruptures dans l'accompagnement

Afin de dissocier l'EHPAD de l'USLD des critères de transfert partagés pourraient être établis et connus des agents. Plusieurs professionnels plaident pour des transferts moins systématiques vers l'USLD lorsque l'état somatique d'un résident se dégrade. Selon eux, une telle pratique peut donner l'impression que l'EHPAD n'est qu'un service de l'hôpital comme un autre et que la distinction, entre deux structures, pourtant distinctes (EHPAD-USLD), n'est pas achevée. L'ergothérapeute admet que les résidents ne bénéficiant pas de soutiens de leur famille ou proches peuvent être transférés de l'USLD à l'EHPAD, ou de l'EHPAD à l'USLD, sans qu'on leur demande leur avis. Cette pratique laisse à penser que l'EHPAD n'est pas réel lieu de vie mais s'apparenterait, dans certains cas, à un lieu de transit. Afin d'approfondir le caractère médico-social de la structure, il apparaît pertinent de trouver des solutions permettant aux résidents de rester à l'EHPAD, y compris en situation de fin de vie. Un partenariat plus soutenu avec l'Hospitalisation A Domicile (HAD) pourrait être envisagé, suggère la pharmacienne. On peut imaginer que la rédaction du projet de service de l'EHPAD, ainsi que celui de l'USLD, permettront de réinterroger les pratiques organisationnelles et de définir, dans le cadre du rattachement de l'EHPAD au secteur médico-social, une dynamique propre à chaque entité en fonction de la population accueillie (USLD, EHPAD, UHR).

A Saint-Avé, les préconisations de l'évaluation externe de 2014 ont été l'occasion d'établir une distinction claire entre l'EHPAD et l'USLD au sein de la Résidence Arc-en-Ciel, avec des critères d'admission précis. Pour l'USLD, il s'agit de pathologies psychiatriques actives ou instables au long cours, à haut risque d'épisodes répétés de décompensation ou rechutes, nécessitant un suivi et une surveillance médicale rapprochés. Les pathologies pouvant justifier de ces SMTI sont les état cliniques de fragilité gériatrique (troubles de déglutition, dénutrition, etc.), les plaies importantes, les pathologies requérant de soins de rééducation fonctionnelle et l'accompagnement de fin de vie. A l'EHPAD, les résidents admis ont une pathologie psychiatrique stabilisée mais nécessitant un accompagnement par une équipe formée à la psychiatrique. L'absence de pathologie organique chronique ou de polypathologie, ainsi qu'un patient devenu dépendant sans

nécessité de SMTI, sont les critères d'entrée en EHPAD. Par ailleurs, Saint-Avé a décrit les critères de transferts de l'USLD vers l'EHPAD, de l'USLD vers un service de psychiatrie, de l'EHPAD vers l'USLD et de l'EHPAD ou de l'USLD vers un EHPAD « classique » ou USLD extérieure. On peut regretter qu'une telle démarche ne soit pas encore à l'œuvre au CHGR, risquant de compromettre la lisibilité entre le champ sanitaire et médico-social.

3.3.2 Le renforcement de la psychiatrie de liaison apparaît comme une alternative aux hospitalisations inadéquates

Bien que la stabilisation d'une grande majorité des résidents ne nécessite pas un niveau de diagnostic et de soins aussi important que dans les services d'hospitalisation de psychiatrie, l'EHPAD ne peut faire l'économie du lien avec les professionnels de l'EPSM auquel il est rattaché. Georges Jovelet insiste sur l'idée que « *les maladies mentales justifient des soins vigilants, actifs, de longue durée d'où la nécessité d'une continuité des soins indépendamment du lieu de vie* »[96]. Cette continuité s'affirme dès la circulaire de 1960 et perdure au-delà des services d'hospitalisation.

La psychiatrie de liaison peut être mobilisée afin de soutenir les équipes dans les EHPAD du CHGR mais elle doit également intervenir dans les EHPAD « classiques ». Une personne en situation de grande souffrance psychique peut, en effet, représenter un danger pour elle-même, pour les autres résidents mais également pour les professionnels, souligne le directeur de l'EHPAD « Les Jardins du Castel ». Même si ces situations sont plutôt rares, elles peuvent devenir chronophages, démotiver, voire fragiliser les équipes. Ce même directeur admet qu' « *il faut savoir dire qu'on n'est pas capables d'accompagner certaines pathologies, que nos professionnels ne peuvent pas tout faire et qu'on doit faire appel à des ressources extérieures* ». C'est la moindre capacité de l'établissement à affronter les situations d'urgence qui peut faire obstacle à la prise en charge d'une personne dans un établissement moins médicalisé que celui où elle a pu être auparavant.

Dans ses travaux « Psychiatrie et santé mentale »[97], la FHF invite à favoriser l'intervention des équipes de psychiatrie dans les EHPAD, notamment en renforçant les liens entre les médecins coordonnateurs et les psychiatres, à développer des dispositifs intersectoriels d'équipes mobiles dédiées à ces populations et de développer des actions de formation à la psychiatrie du sujet âgé, à destination des professionnels du médico-

[96] Georges Jovelet, « Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et vécu traumatique », *L'information psychiatrique 2018*, n°94, p. 275-80.

[97] René Caillet, Yvan Halimi, Florence Martel, Présentation des travaux de la commission psychiatrie et santé mentale (Powerpoint en ligne), 11 mars 2015, disponible sur : https://www.fhf.fr/Offre-de-soins-Qualite/Psychiatrie-et-sante-mentale/Psychiatrie-et-sante-mentale

social. Les EHPAD sont particulièrement sensibles aux alternatives aux urgences psychiatriques pouvant apparaître comme un échec dans la prise en charge d'un résident
Il faut veiller à ce que les interventions des équipes mobiles de psychiatrie en EHPAD ne fassent pas office de simples consultations mais soient de réels partenariats. Cette dynamique permettrait de mettre fin aux idées reçues quant à la dangerosité supposée de résidents venant de psychiatrie dans un cadre d'échanges entre les professionnels du grand âge et ceux de la santé mentale. L'EHPAD du CHGR pourrait être un établissement d'appui aux structures qui accompagnent d'anciens patients de psychiatrie, afin de maintenir les liens de la personne avec son environnement[98]. Les urgences psychiatriques seraient également moins sollicitées par ce travail de prévention.
Ainsi, l'EHPAD du CHGR serait une structure de dernier recours pour les cas les plus complexes en provenance d'autres établissements. On peut imaginer que la liste d'attente externe de l'EHPAD en serait impactée, avec moins d'orientations systématiques vers la structure du CHGR (donc moins de noms).
Finalement, un renforcement de la psychiatrie de liaison sur le territoire permettrait la réalisation d'un cercle vertueux avec un meilleur accompagnement psychiatrique dans les EHPAD « classiques », des situations apaisées pour les résidents, des réorientations moins systématiques vers le CHGR permettant à l'établissement de se concentrer sur ses anciens patients.

Conclusion

Ce mémoire met en avant la difficulté à faire admettre d'anciens patients de psychiatries dans les EHPAD « classiques ». On peut parler d'une population « rejetée », voire rendue invisible, souvent perçue comme indésirable, aussi bien dans les services d'hospitalisation de psychiatrie, où elles occupent des lits au long cours, que dans les établissements et services médico-sociaux, où elles peuvent apparaître comme une menace au « vivre ensemble » et sources de désordres. La réduction du nombre de lits dans les services d'hospitalisation en psychiatrie, se concentrant alors sur les cas aigus dans un contexte de développement des solutions ambulatoires, a rendu nécessaire le transfert de populations chroniques et stabilisées vers des établissements médico-sociaux, pas toujours désireux d'accueillir ces résidents ou dans l'incapacité de le faire.

[98] L'ARS Bretagne et le Centre Ressources Autisme Bretagne ont fait émerger ces établissements d'appui dans le secteur de l'accompagnement des personnes présentant des troubles envahissant du développement afin de proposer une réponse graduée au service des personnes.

Cette population est d'autant plus rendue invisible qu'elle ne fait pas l'objet de politiques publiques dédiées et qu'il n'existe pas, ou peu, de structures adaptées. Les EHPAD rattachés à des EPSM sont peu nombreux, celui du CHGR fait ainsi figure d'exception, et il n'existe actuellement pas de statistiques précises sur le nombre d'anciens patients de psychiatrie dans des EHPAD « classiques », ni de recensement des structures prêts à les accueillir. Ce non-suivi est d'autant plus inquiétant que les résidents issus de psychiatrie ont besoin d'être suivis tout au long de leur vie, y compris si leur pathologie est stabilisée. En outre, leur accompagnement ne peut pas être assimilable à celui des « autres » résidents et leurs profils respectifs peuvent parfois être incompatibles (comme nous l'avons vu sur la cohabitation entre personnes psychotiques et démentes).

Les textes, qu'ils soient contraignants ou non juridiquement, n'évoquent pas les anciens patients de psychiatrie. Cette absence interroge notre positionnement de Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Les appels à projets étant rares, les ARS et le Ministère des affaires sociales et de la santé ne se saisissant pas du dossier, il serait pertinent que les initiatives viennent du terrain. Les équipes mobiles de liaison en psychiatrie apparaissent ainsi comme une ressource pertinente pour les EHPAD « classiques » autonomes qui ne pourraient plus opposer systématiquement le refus à l'admission de ces résidents si des moyens d'accompagnement existent. Des conventions de coopération sont également une solution, les EHPAD « classiques » s'engageant à accueillir d'anciens patients de psychiatrie en échange d'un suivi renforcé par les équipes de l'établissement d'amont et d'une reprise en cas de décompensation. Il faut aussi s'interroger sur les ratios de personnel, il semblerait que cette population nécessite un nombre d'agents plus proches de celui du monde du handicap que de l'EHPAD. Malgré ces pistes, les réticences restent encore vives, comme en témoignent l'article du Monde cité dans le présent mémoire[99].

L'EHPAD du CHGR apparaît alors comme la solution d'aval unique pour ses anciens patients, une structure de dernier recours en somme. Les particularités de l'EHPAD du CHGR ont été explicitées dans ce travail : un recrutement dans les unités d'hospitalisation du CHGR, des liens entretenus avec l'USLD et la psychiatrie de liaison, l'accent mis sur les projets personnalisés individualisés, une définition « plus souple » de la stabilisation psychiatrique des résidents obligeant les agents et les autres résidents à une plus grande tolérance.

Ce mémoire met également en relief une prise en charge plutôt sanitaire de ces résidents aux profils atypiques, avec des restrictions à la liberté d'aller et venir, le recours à la

[99] Etienne Malfatto, « Les maisons de retraite face à l'arrivée des pensionnaires venus de psychiatrie », *Le Monde*, 27 août 2013 (en ligne), disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/08/27/les-maisons-de-retraite-face-a-l-arrivee-de-pensionnaires-venus-de-psychiatrie_3466955_3224.html

contention et à une procédure d'admission entre les mains du seul médecin chef pôle, l'absence de profilage des unités. Ces points peuvent être améliorés, et font déjà l'objet de discussions dans le futur projet d'établissement, l'EPSM de Saint-Avé a réussi à mieux distinguer le fonctionnement médico-social de l'EHPAD et celui sanitaire de l'USLD. Cette clarification permettrait de faire de l'EHPAD un véritable lieu de vie et de dépasser le caractère parfois « asilaire » d'anciens USLD psychiatriques. A contrario, le parcours professionnel des agents, avec des expériences antérieures en psychiatrie, est une plus-value pour la prise en charge de ce public, à condition que les nouveaux arrivants puissent également bénéficier des formations adéquates.

Enfin, cet écrit vient surtout souligner l'absence de structures intermédiaires pour les « jeunes vieux » ou les « vieux jeunes » (trop vieux pour aller dans des structures pour handicapés adultes, mais trop jeunes pour aller en EHPAD), que le Projet Territorial en Santé Mentale pour l'Ille-et-Vilaine vient corroborer. Cette population combine deux dynamiques plutôt antagonistes : il s'agit d'une population dépendante dans les actes de la vie quotidienne mais qui a besoin d'une prise en charge active, ne se limitant pas aux soins de nursing. Elle n'a pas de gros problèmes de motricité, ses capacités cognitives demeurent souvent intactes. C'est une population demandeuse, qui requiert du temps plus que des actes. L'EHPAD, dans sa forme actuelle, mériterait d'être repensé afin de mieux accompagner cette population qui, souvent abîmée par la vie et isolée, a besoin de soins relationnels plus que de soins curatifs.

Bibliographie

Lynda Badjadj, Christine Chan Chee, *Prise en charge des troubles de l'humeur dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie entre 2010 et 2014 en France métropolitaine. Analyse des données du RIM-PI*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017 (10), http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/10/2017_10_1.html

René Caillet, Yvan Halimi, Florence Martel, Présentation des travaux de la commission psychiatrie et santé mentale pour la FHF (Fédération Hospitalière de France) (Powerpoint en ligne), 11 mars 2015, disponible sur : https://www.fhf.fr/Offre-de-soins-Qualite/Psychiatrie-et-sante-mentale/Psychiatrie-et-sante-mentale

Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Gallimard, Folio Essais, 1999.

Sébastien Charry, « Quel destin pour les vieux fous ? » (en ligne), Congrès française de psychiatrie, disponible sur : https://www.congresfrancaispsychiatrie.org/nl_13/

Magali Coldefy, Clément Nestrigue, « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale » in *Questions d'économie de la Santé*, n°202, octobre 2014.

Antoine Delattre, Stéphane Paul, *Rapport de l'IGAS sur les Unités de Soins de Longue Durée* (en ligne), mars 2016, disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-105R.pdf

Lise Demailly, *Sociologie des troubles mentaux.* La Découverte, « Repères », 2011.

Jacques Hochmann, *Histoire de la psychiatrie.* Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2004.

Nathalie Hoste-Gaussens, *Prise en charge en EHPAD des personnes de moins de 60 ans*, Mémoire de DIU formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD, sous la direction du Docteur Catherine Foucau, Université René Descarte – Paris V, 2010-2011.

Georges Jovelet, « Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et vécu traumatique », *L'information psychiatrique 2018*, n°94.

Georges Jovelet, *Ces psychotiques qui vieillissent*, John Libbey Eurotext, 2017.

Georges Jovelet, « Psychose et vieillissement », *L'information psychiatrique*, 2010/1 (Volume 86).

Michel Laforcade, *Rapport relatif à la santé mentale*, octobre 2016.

Alain Lopez, Gaëlle Turran-Pelletier, *Rapport de l'IGAS sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* (en ligne), novembre 2017, disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf

Françoise Malo, « Rupture ou vieillissement », in *Je vieillis… et ma folie ? Approche clinique et institutionnelle. Les cahiers de psychologie et vieillissement*, 2005.

Marianne Muller, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 : premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 » in *Etudes et Résultats DRESS*, n°1015 (juillet 2017).

Marianne Muller, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. Résultats de l'enquête EHPA 2015 » in *Les Dossiers de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, n°20 (septembre 2017), disponiblesur :http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf

Marie Playe, « Psychiatrie en EHPAD : une rencontre incontournable » in *La revue de gériatrie, T.41 n°7 (septembre 2016).*

Denys Robiliard, *Rapport d'information n°1662, quatorzième législature, sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie,* 2013.

Jacqueline Trincaz, « Personne âgée : quelles représentations sociales ? Hier et aujourd'hui », in *Expertise collective INSERM, Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*, 2015.

Mémoires de l'EHESP :

Christine Mercier, *De l'USLD psychiatrique à l'EHPAD, la démarche qualité : un instrument au service de la restructuration* (en ligne), 2009, mémoire EHESP, disponible sur : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/dessms/mercier.pdf

Marlène Techer, *La prise en charge de résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD : le cas du Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée du territoire de Belfort* (en ligne), 2016, mémoire EHESP, disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/dessms/2016/techer.pdf

Articles de presse :

Pierre Agudo, « La dépendance psychique est la vraie dépendance » (en ligne), *L'Humanité*, 23 janvier 1996, disponible sur : https://www.humanite.fr/node/122746

Loan Ego, « La contrôleuse des prisons « prête à inspecter les EHPAD » », *Paris Match*, 13 mars 2018.

Coline Garré, « EHPAD : de la difficulté de prendre en charge les pathologies mentales » (en ligne), *Le Quotidien du Médecin*, 3 octobre 2013, disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2013/10/03/ehpad-de-la-difficulte-de-prendre-en-charge-les-pathologies-mentales_672636

Etienne Malfatto, « Les maisons de retraite face à l'arrivée des pensionnaires venus de psychiatrie » (en ligne), *Le Monde*, 27 août 2013, disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/08/27/les-maisons-de-retraite-face-a-l-arrivee-de-pensionnaires-venus-de-psychiatrie_3466955_3224.html

Thomas Quéguiner, « Les troubles psychiques sont la cause directe de 20% des violences en établissement » (en ligne), *Hospimedia*, 27 septembre 2017, disponible sur : http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170927-societe-les-troubles-psychiques-sont-la-cause-directe

Cécile Rabeux, « L'ARS Bretagne mène une enquête sur l'EHPAD du CHGR après une requête syndicale » (en ligne), *Hospimedia*, 11 octobre 2016, disponible sur : http://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20161011-ressources-humaines-l-ars-bretagne-mene-une-enquete

Laurent Tréhu « Tensions à la résidence du Prévôt » (en ligne), *Ouest-France*, 12 octobre 2016, disponible sur : https://www.ouest-france.fr/bretagne/chateaugiron-35410/tensions-la-residence-du-prevot-4557028

Documents institutionnels :

ARS Bretagne, « Regard sur la bientraitance dans les EHPAD bretons : analyse des résultats de l'enquête bientraitance EHPAD 2015 » in *Les Etudes de l'ARS* (n°17), décembre 2017.

CNSA, *La situation des EHPAD en 2016 : analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD* (en ligne), novembre 2017, disponible sur : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/cnsa_portrait_ehpad_2016_vf.pdf

Cour des Comptes, *Synthèse du rapport public thématique sur l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010* (en ligne), décembre 2011, disponible sur : https://www.ccomptes.fr/fr/documents/1131

DRESS, « La prise en charge de la santé mentale-Recueil d'études statistiques » in *Collection études et statistiques*, 2007.

Sitographie :

Atlas en Santé Mentale (en ligne), « L'Atlas de la santé mentale en France, une base de données territorialisées », disponible sur : http://santementale.atlasante.fr/#l=fr;v=map3

HAS (en ligne), « Contention mécanique en psychiatrie générale », 20 mars 2017, disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2750997/fr/contention-mecanique-en-psychiatrie-generale

INSEE (en ligne), « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2015 », 7 juillet 2006, disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826

Santé Publique France (en ligne), « La maladie d'Alzheimer et les autres démences », 7 août 2017, disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences

Organisation Mondiale de la Santé (en ligne), « La démence », décembre 2017, disponible sur : http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia

66 millions d'impatients, « Contention et isolement dans les établissements psychiatriques et en EHPAD : un nouvel encadrement législatif » (en ligne), 16 janvier 2017, disponible sur : http://www.66millionsdimpatients.org/contention-et-isolement-dans-les-etablissements-psychiatriques-et-en-ehpad-un-nouvel-encadrement-legislatif/

Textes de lois :

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Circulaire DHOS 02/2007/176 du 30 avril 2007.

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des entretiens

N° d'entretien	Personne interrogée	Structure de rattachement
Entretien n°1	Directrice des projets, de la qualité, des relations avec les usagers et de la communication	CHGR

N°2	Pharmacienne Professeure des Université Praticien Hospitalier (PUPH)	CHGR
N°3	Cheffe du Gérontopôle (cheffe de pôle)	CHGR
N°4	Médecin coordonnateur de l'EHPAD	CHGR
N°5	Cadre supérieure du Gérontopôle	CHGR
N°6	2 IDE	CHGR
N°7	3 AS (dont un ASH faisant fonction AS)	CHGR
N°8	Animatrice de l'EHPAD, site de Châteaugiron	CHGR
N°9	Cadre de l'EHPAD, site de Châteaugiron	CHGR
N°10	Psychologue du Gérontopôle	CHGR
N°11	Ergothérapeute du Gérontopôle	CHGR
N°12	Assistante sociale du Gérontopôle	CHGR
N°13	Directeur d'un EHPAD autonome	Résidence les « Jardins du Castel » à Châteaugiron
N°14	Directeur du pôle médico-social d'un autre EPSM avec EHPAD rattaché	Résidence Arc-en-Ciel EPSM du Morbihan à Saint-

		Avé

A la demande de ma maître de stage, les configurations des deux EPSM comparés sont précisées, ceci en vue d'expliquer pourquoi, au CHGR, l'appropriation des outils et de la culture médico-sociale est plus lente qu'à Saint-Avé :

	Offre médico-sociale adulte du CHGR	Pôle médico-social de l'EPSM Morbihan (Saint-Avé)
Capacités	• 120 lits d'EHPAD répartis sur deux sites (Bruz et Châteaugiron). • 80 lits d'USLD à Rennes	• 40 lits d'EHPAD • 58 lits d'USLD sur un même site (résidence Arc-en-Ciel).
Délégation de gestion	Limitée pour la directrice de l'offre médico-sociale adulte, signifiant une forte interdépendance avec les directions fonctionnelles (DRH, direction de soins, finances…).	Importante pour le directeur du pôle médico-social.
Configuration managériale	Légitimité affaiblie pour la directrice de l'offre médico-sociale, avec le poids important du cheffe de pôle et de la cadre supérieure de santé sur le Gérontopôle.	Le directeur du pôle médico-social a autorité sur le cadre supérieur de santé et les cadres. Il n'a pas de médecin chef de pôle.

Annexe 2 : Retranscription d'un entretien avec le directeur de l'EHPAD des « Jardins du Castel » à Châteaugiron

As-tu déjà accueilli des résidents issus de psychiatrie ?

On a toujours eu des résidents issus de la psychiatrie ou avec des problèmes psychiatriques. Actuellement, on a des gens qui sont là depuis très longtemps et qui sont ici, y compris une dame qui était en prison. Une dizaine de résidents sont suivis psychiatriquement. En 2013, 20 font l'objet d'un suivi par l'équipe mobile sur 121 résidents (convention CHGR – EHPAD du territoire).

Comment se passe la commission d'admission ? Quel est le positionnement des acteurs en présence ?

La commission d'admission priorise les personnes de la commune et du secteur. On peut regarder les degrés de dépendance en fonction des secteurs. On ne rejette pas systématiquement les personnes psy, seulement si l'accompagnement est trop lourd.

Quelles sont les contrindications à l'admission ?

A l'admission, les personnes sont systématiquement vues par le médecin coordonnateur et le cadre. Une personne psy, perturbatrice, en secteur, on ne va pas l'accueillir en première intention car ça va perturber les autres résidents. Une dame a fait souvent des séjours en psychiatrie au début de ma prise de poste. Les difficultés, aujourd'hui, on n'en a pas. Les personnes sont stabilisées. Le lieu de vie qu'est l'EHPAD peut être tout à fait adapté. Si on a des soucis, on peut toujours s'arranger avec le CHGR. On a une bonne collaboration avec l'équipe mobile. On a eu des tentatives de suicide, mais la résidente a été hospitalisée dans l'après-midi.

Quels sont les liens avec le CHGR ? Conventionnement ?

On a une convention de coopération depuis 2012, l'IDE du pôle gérontopsy intervient une fois par mois afin de coordonner les actions avec l'équipe pluridisciplinaire. Il y a une bonne entente avec le CHGR ce qui facilite les choses.

Peux-tu me parler du projet AGETELEPSY (télémédecine psychiatrique) ?

C'est en phase expérimentale, les téléconsultations ont démarré en 2014. 4 ans, 40 téléconsultations/an. En 2017, 34. 27 en 2018. Avec le chariot de télémédecine, la téléconsultation a lieu à distance. 45 minutes suffisent. En présence d'un tiers, psychologue, souvent IDE. C'est un système qui marche bien, ça permet d'éviter l'angoisse, les transports en véhicules sanitaires, ça réduit la crainte d'hospitalisation. Pas d'appréhension de la téléconsultation. Le frein est le temps pour les soignants (14 000 euros qui compensent le temps passé par les professionnels pour faire ces téléconsultations). Le projet AGETELEPSY a permis des échanges avec des professionnels des EHPAD mais également entre professionnels.

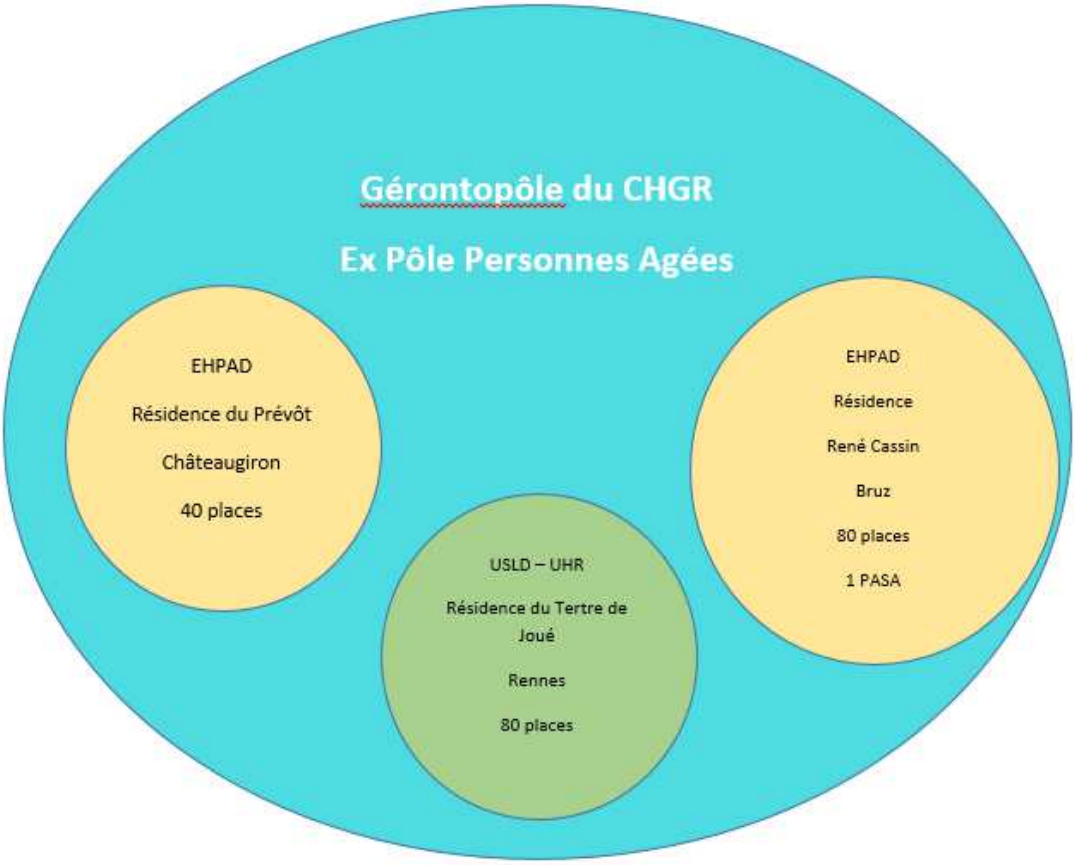
Les soignants ont-ils des formations spécifiques à destination de ces publics ? Existe-t-il des protocoles ?

Les professionnels sont demandeurs, je pleure ça au niveau du CHGR.

Est-ce que des résidents sont réorientés vers le CHGR ? Vers les EHPAD du CHGR ? Pourquoi ?

Des résidents sont suivis et ont des séjours hospitaliers, j'en ai une actuellement. Elle est aussi vue en téléconsultation. Elle avait envie de se suicider. Elle a été ré-hospitalisée et elle revenue. Un seul résident a quitté l'établissement pour aller au CHGR en 10 ans. On n'arrivait pas à l'accompagner avec sa pathologie. Il voulait rentrer au CHGR.

Annexe 3 : La composition du Gérontopôle du CHGR



En jaune : les établissements médico-sociaux annexes relevant du CHGR (120 places).

En vert : les établissements sanitaires annexes relevant du CHGR (80 places).

Source : document réalisé par l'auteur de ce mémoire.

Annexe 4 : Historique : des USLD psychiatriques à l'EHPAD unique du CHGR

En 1988, le Conseil d'Administration du CHGR (depuis Conseil de Surveillance) a décidé la transformation de 80 lits de psychiatrie en lits de longs séjours à implanter sur Rennes. En 1989, 40 lits supplémentaires sont implantés sur Châteaugiron. Ils ouvrent en 1992. La capacité de long séjour atteint donc les 120 places avec, respectivement, 80 lits sur le site principal à Rennes, en la Résidence du Tertre de Joué et 40 lits sur Châteaugiron, la Résidence du Prévot.

La capacité de long séjour étant insuffisante pour répondre à la demande d'orientation des personnes âgées dépendantes, le projet d'établissement du CHGR de 1993 envisage d'augmenter la capacité de ce long séjour à 200 lits. Si le projet de construction d'une aile supplémentaire au bâtiment du site de Rennes est envisagé, il a été choisi de construire un nouveau site dans l'agglomération rennaise. Le site de Bruz est retenu pour la transformation de 80 lits de psychiatrie générale en 80 lits de soins de longue durée (approbation en 1994 par le Conseil d'Administration). La Résidence René Cassin, composée de 80 lits d'USLD, n'ouvrira qu'en 2001.

La promulgation de loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et instituant une partition entre secteur sanitaire et le secteur médico-social manifeste une volonté de singulariser chacun de ces secteurs. Dans ce cadre, une nouvelle coupe PATHOS effectuée dans la région Bretagne attribue 180 lits d'EHPAD. L'établissement fait alors valoir la diversité des pathologies psychiatriques de ses patients et leur caractère de gravité et de dépendance.

L'Agence Régionale d'Hospitalisation (aujourd'hui, ARS) propose alors un nouveau découpage. Sur le site de Rennes, 80 lits d'USLD redéfinies seront maintenus. Les sites de Châteaugiron et de Bruz constitueront un EHPAD unique dont l'ouverture est programmée au 1er janvier 2010 (arrêté de l'ARS du 28 décembre 2009).

La transformation de l'USLD en EHPAD a nécessité un réajustement de base budgétaire à hauteur de 250 000 euros pour 2010, opéré sur la base de la suppression de six postes infirmiers de nuit, témoignant d'un transfert de moyens à la baisse du sanitaire vers le médico-social. Le département de l'Ille-et-Vilaine comptait au 31 décembre 2007, 1531 places d'USLD réparties sur treize

établissements. Au terme de la réforme, le nombre de lits d'USLD est tombé à 505.

A l'ouverture de l'EHPAD, 96 résidents avaient des troubles chroniques du comportement, 86 avec des états démentiels, 79 des états anxieux, 67 psychoses, délires, hallucinations.

Bien que l'EHPAD bénéficie du statut de structure médico-social, il reste une structure annexe, sous la tutelle du CHGR.

Source : projet d’établissement

Annexe 5 : La définition d'une USLD

L'article 45 de la loi de finances de la sécurité sociale pour 2006 et l'arrêté du 12 mai 2006 précisent les missions des USLD : "*Sont considérées comme unités de soins de longue durée (USLD) les unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum*".

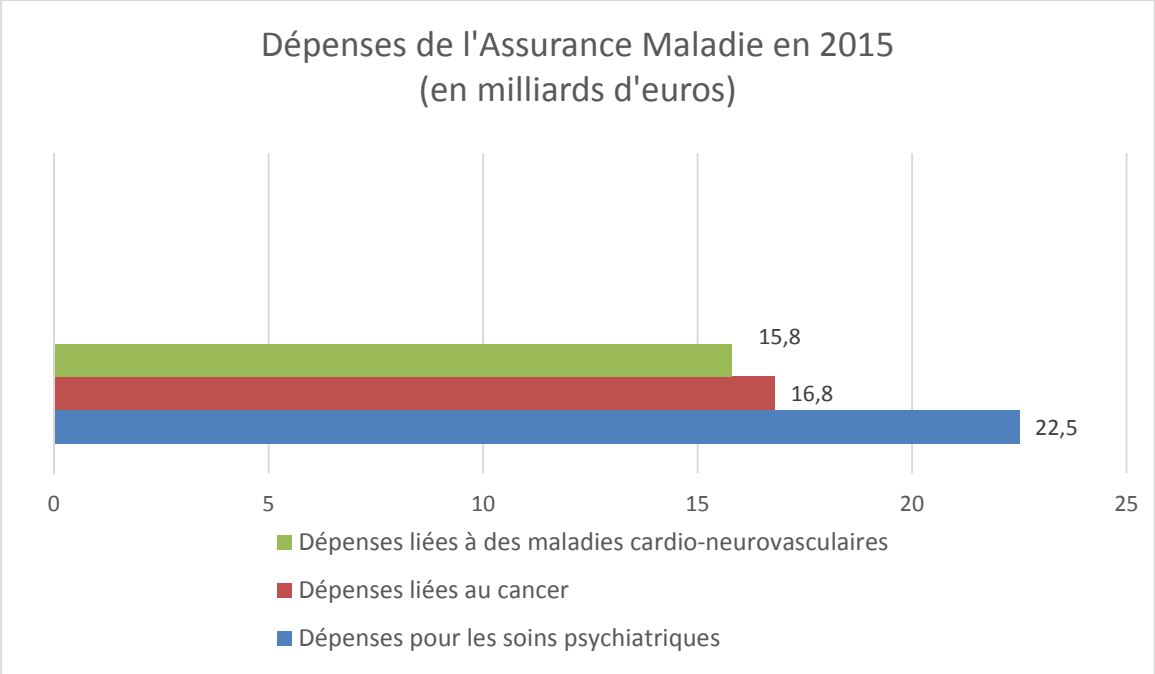
Entre 2007 et 2100, sur un total initial d'environ 73 000 lits de soins de longue durée, 41 000 ont été convertis en places d'EHPAD et 32 000 ont conservé un statut sanitaire.

Les USLD sont soumises au régime d'autorisation applicable aux activités de soins des établissements de santé (articles L6122-1 et R6122-25 du CSP), l'autorisation est accordée pour une durée de cinq ans renouvelable.

Référentiel d'organisation des soins en USLD : l'USLD doit comprendre des chambres à un ou deux lits, équipées en fluides médicaux (oxygène et vide) et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts, etc.). Une présence infirmière et aide-soignante doit être assurée 24 heures sur 24. Une permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte est également organisée. En tout état de cause, il est recommandé qu'une USLD redéfinie prenant en charge des patients requérant des soins médico-techniques importants tende vers un taux d'encadrement compatible avec la lourdeur des patients pris en charge, soit un taux d'encadrement (infirmier, aide-soignant, agent hospitalier, personnel paramédical et médical) de l'ordre de 1,1 ETP par lit.

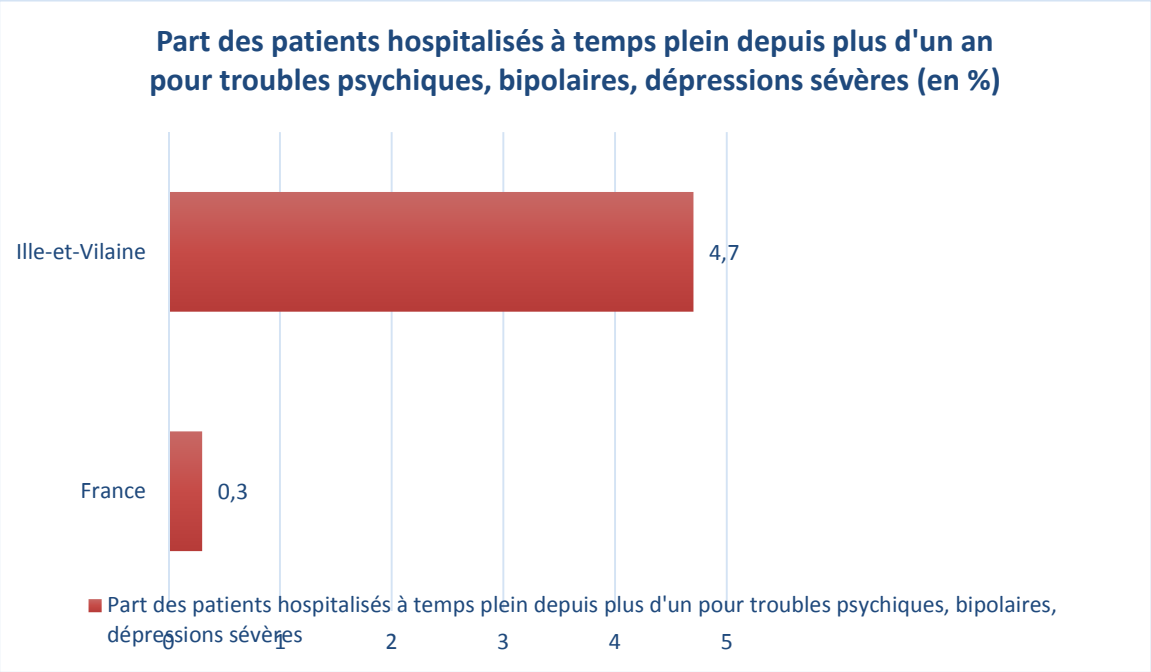
Source : Antoine Delattre, Stéphane Paul, *Rapport de l'IGAS sur les Unités de Soins de Longue Durée* (en ligne), mars 2016, disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-105R.pdf

Annexe 6 : Comparaison des niveaux de dépenses de l'Assurance Maladie



Source : Alain Lopez, Gaëlle Turran-Pelletier, *Rapport de l'IGAS sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* (en ligne), novembre 2017, disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf

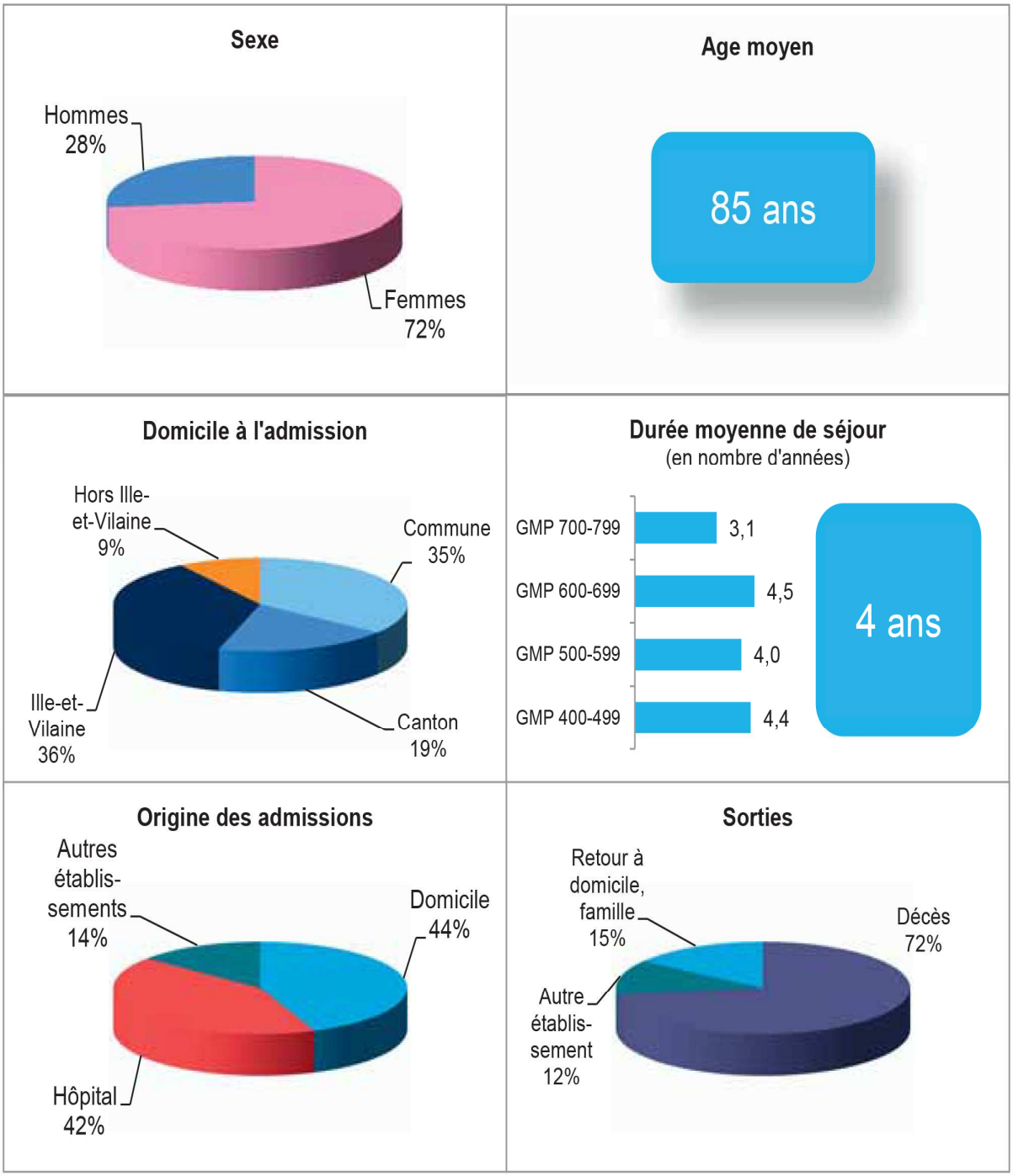
Annexe 7 : Comparaison des volumes de patients hospitalisés en psychiatrie en Ille-et-Vilaine par rapport à la moyenne nationale



Source : Atlas en Santé Mentale

Annexe 8 : Profil des personnes âgées en USLD et EHPAD dans le département d'Ille-et-Vilaine (sexe, âge moyen, origine, durée moyenne de séjour, origine des admissions, sorties)

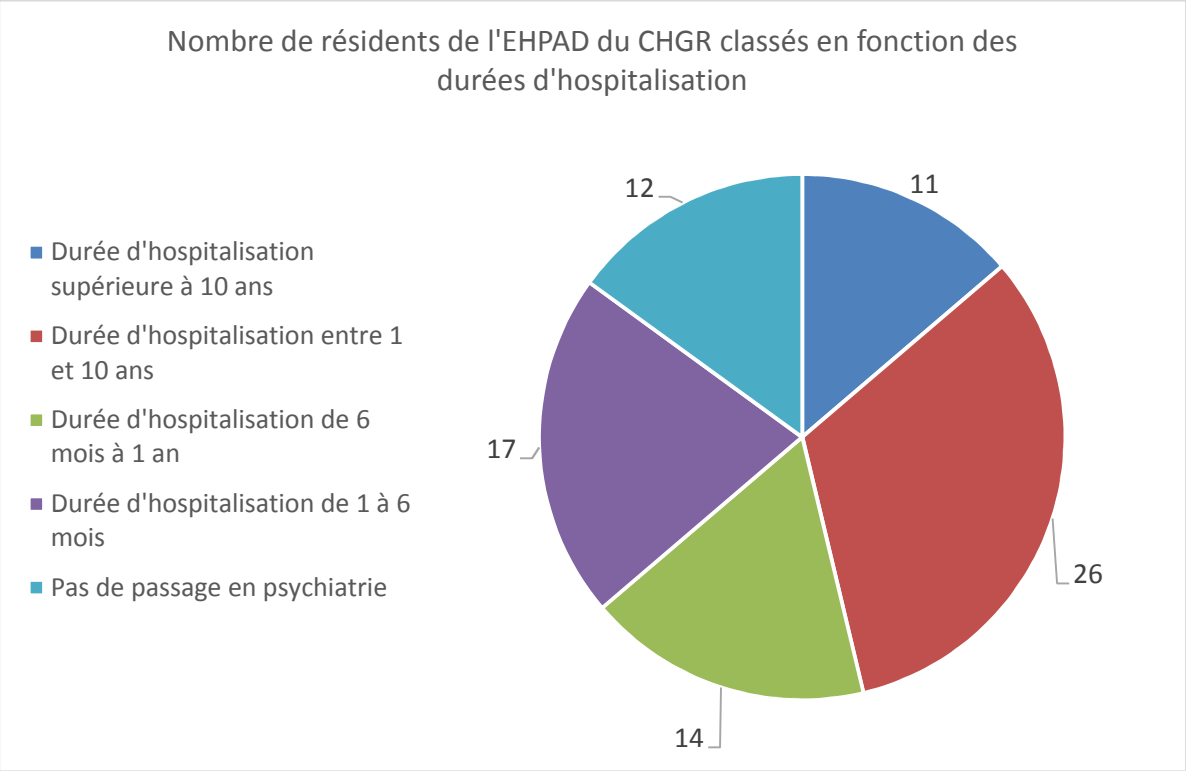
Profil des personnes hébergées en EHPAD et USLD



Source : Conseil général d'Ille-et-Vilaine, Direction des Personnes âgées et des personnes handicapées, service OARES, synthèse des comptes administratifs 2011.

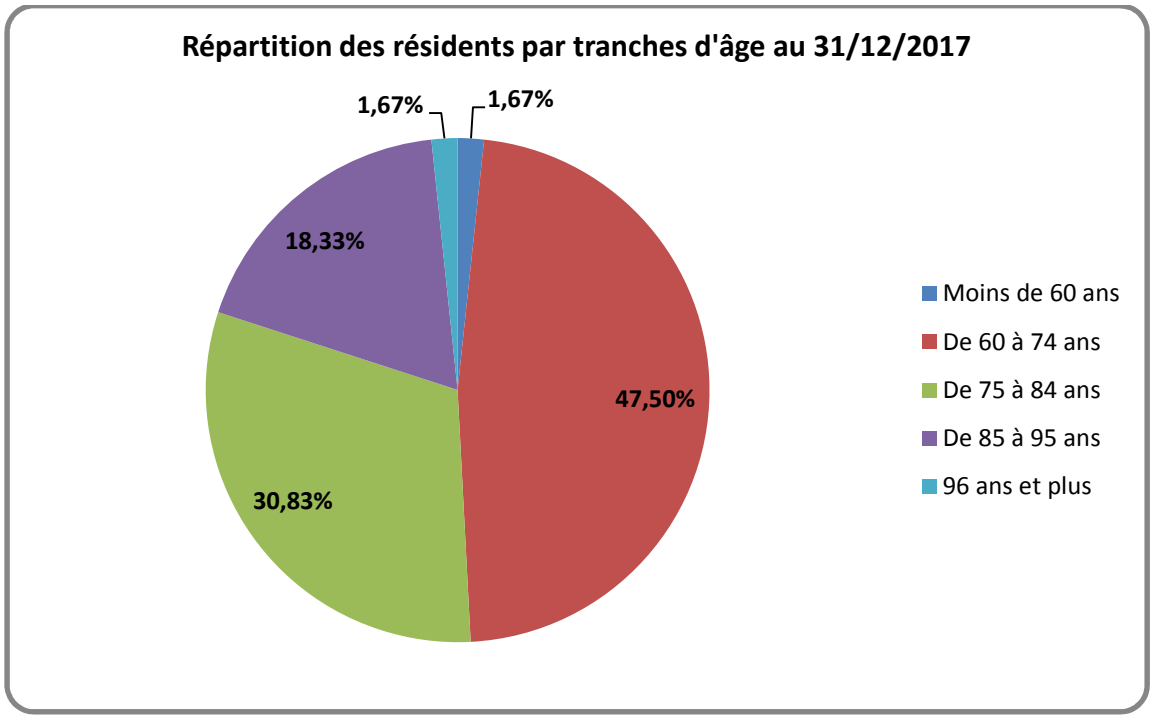
Source : projet d'établissement

Annexe 9 : Nombre de résident classés en fonction des durées d'hospitalisation en psychiatrie avant leur admission à l'EHPAD du CHGR



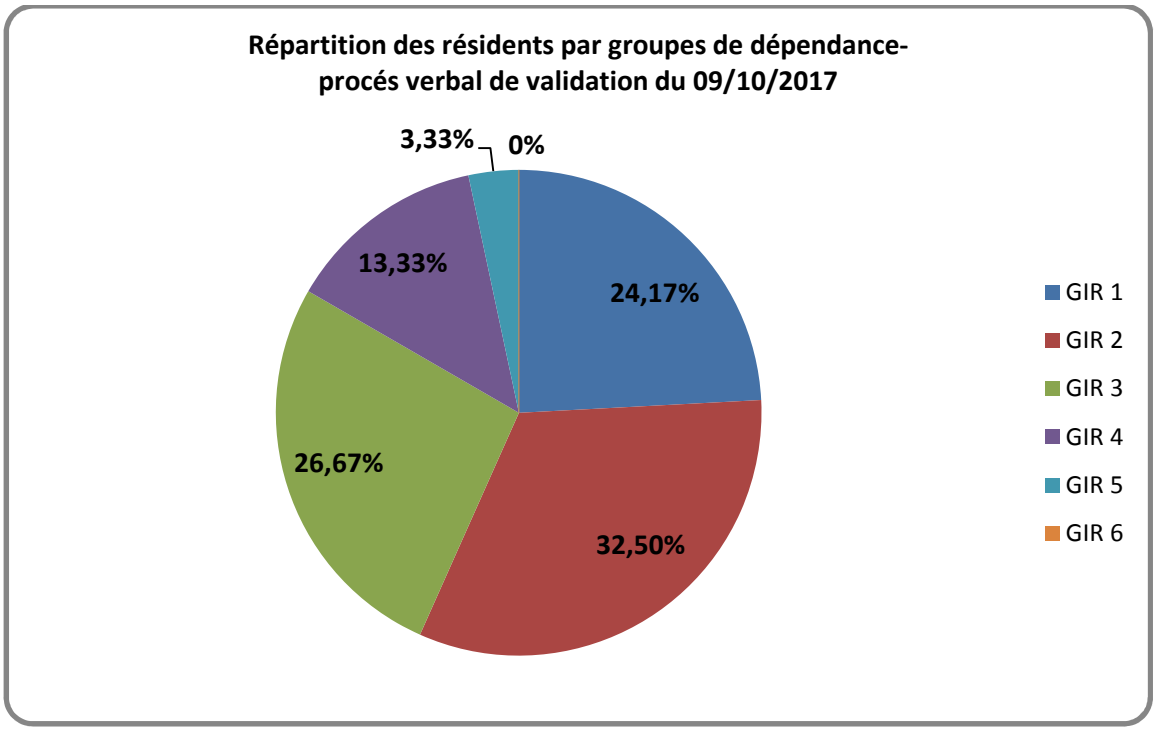
Source : données assistante sociale

Annexe 10 : Répartition des résidents de l'EHPAD du CHGR par tranches d'âge



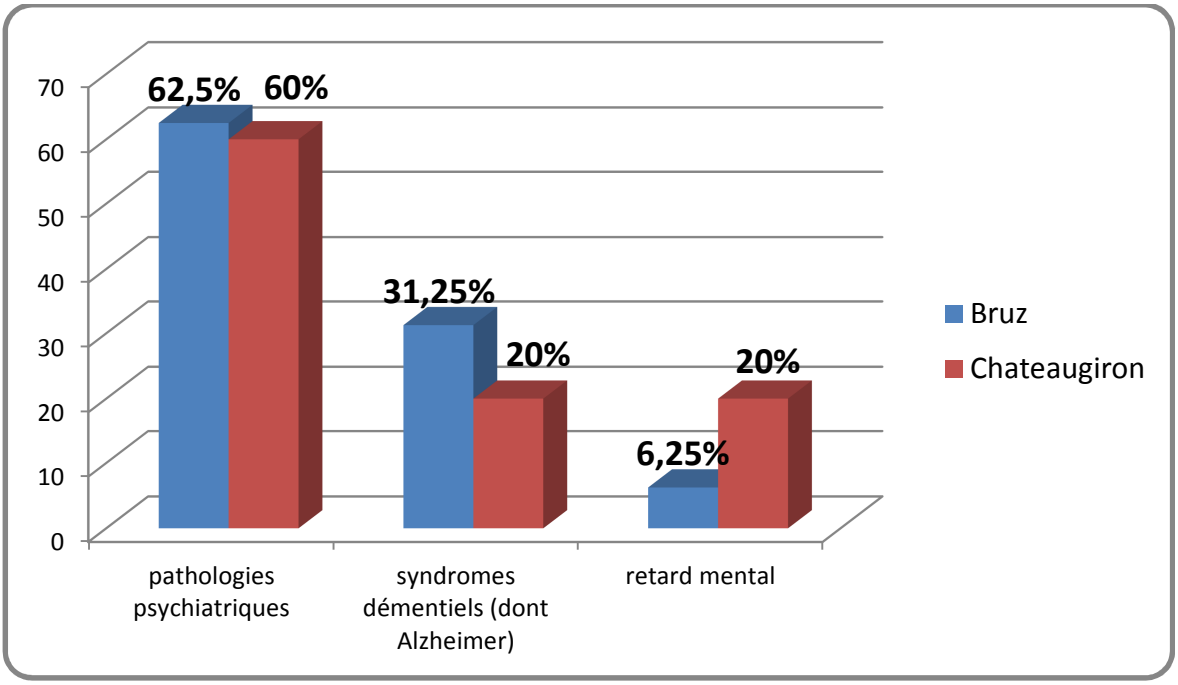
Source : projet d'établissement

Annexe 11 : Répartition des résidents de l'EHPAD du CHGR par GIR



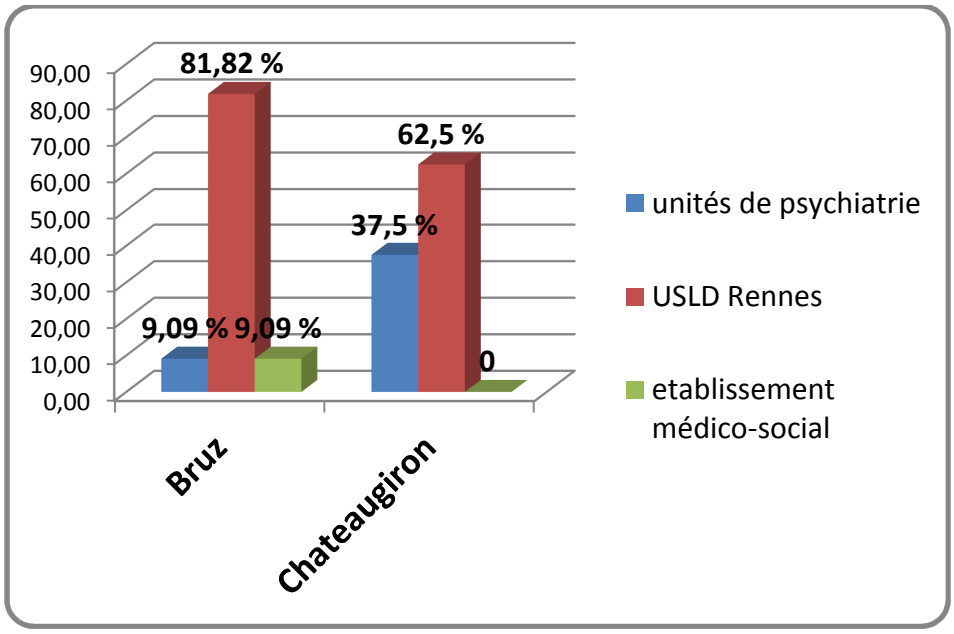
Source : projet d'établissement

Annexe 12 : Distribution des pathologies réparties par site



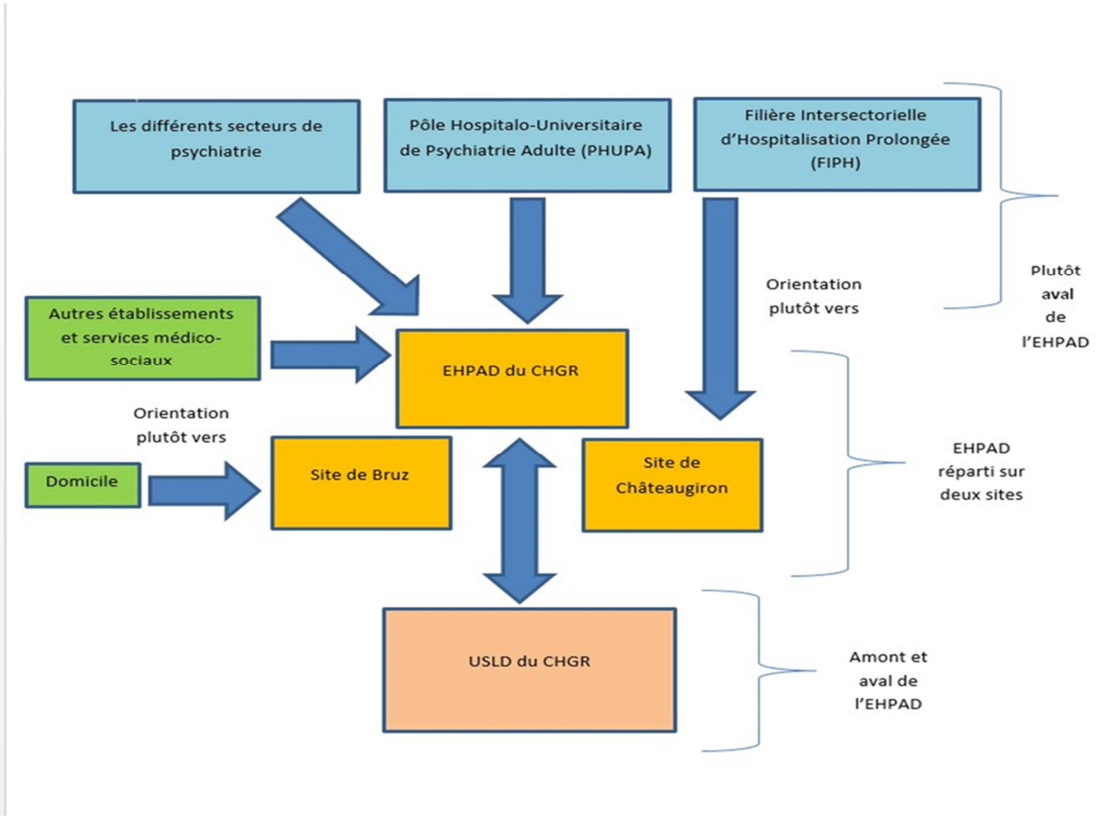
Source : projet d'établissement

Annexe 13 : Provenance des résidents de l'EHPAD du CHGR



Source : projet d'établissement

Annexe 14 : Schéma représentant les filières d'amont et d'aval de l'EHPAD du CHGR



Source : document réalisé par l'auteur de ce mémoire

Erratum : la première ligne (cases de couleur bleue) correspond plutôt à l'amont et non à l'aval comme indiqué sur le schéma.

GRIS	Alexandre	Décembre 2018

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

2017-2018

La prise en charge en EHPAD de la personne âgée issue de psychiatrie : l'exemple d'une structure rattachée à l'établissement public de santé mentale Guillaume Régnier

EHESP – Formation des Directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social

Résumé **:**

Les anciens patients de psychiatrie font souvent l'objet de réticences à l'admission en EHPAD « classiques ». Souvent connotés négativement, ils sont considérés comme perturbateurs et dangereux et sont ainsi *persona non grata* dans les établissements qui n'entretiennent pas de liens réguliers avec les structures de santé mentale.

Pourtant, la diminution capacitaire du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie et le développement du médico-social auraient dû faciliter la fluidité des parcours du champ sanitaire vers celui de l'accompagnement. Les hospitalisations de longue durée de patients chroniques et stabilisées sont vite apparues comme une anomalie pour les pouvoirs publics, d'où la nécessité de transférer ces patients vers le secteur médico-social et plus particulièrement en EHPAD. En l'absence de politiques publiques dédiées à ces profils de patients vieillissants, ils se retrouvent, par défaut, dans des établissements inadaptés, quand ces derniers veulent bien les accueillir.

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) à Rennes comprend un EHPAD réparti sur deux sites. Il est l'un des rares établissements de santé mentale de grande taille a proposé une alternative médico-sociale au champ sanitaire. Son offre est d'autant plus pertinente que le département de l'Ille-et-Vilaine fait face à un vieillissement accéléré de sa population combiné à des taux d'hospitalisation en psychiatrie élevés. Ainsi, l'EHPAD du CHGR a la spécificité de n'accueillir quasi-exclusivement que d'anciens patients issus de psychiatrie et fait office de solution d'aval pour des personnes qui se verraient refuser l'admission dans des structures « classiques ».

Ce mémoire a pour objet l'évocation la prise en charge en EHPAD des personnes âgées issues de psychiatrie, à l'appui de la structure rattachée au CHGR pouvant s'apparenter à une « maison de retraite psychiatrique ».

Mots clés **:**

Psychiatrie – Personnes âgées – Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) – Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) – Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) – Prise en charge – Accompagnement

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.