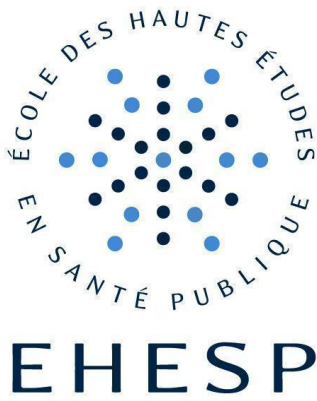




**Élèves directeurs d'établissements
sanitaires, sociaux et médico-sociaux**

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **Décembre 2022**

**Vieillesse des personnes avec des
antécédents psychotiques
- efforts de la filiarisation des parcours**

Katarzyna PILCH

Sous la direction de
Delphine Moreau

Remerciements

Mes remerciements vont naturellement à mes deux maîtres de stage, ainsi qu'à tous les professionnels de l'établissement dans lequel j'ai eu l'opportunité de travailler pendant 9 mois. Ce temps d'apprentissage a été riche en échanges d'expérience et a renforcé mon appétence pour le métier de D3S.

Je remercie les professeurs de l'EHESP qui m'ont apporté leur soutien tout au long de la formation, notamment Madame Delphine Moreau qui a accepté d'encadrer ce mémoire avec patience et bienveillance.

Merci à mon conjoint et mon fils pour leur patience et soutien tout au long de mon parcours professionnel.

Enfin, je tiens à remercier mes collègues élèves D3S de la promotion Simone de Beauvoir pour ces deux années d'échanges, de soutien et de bonne humeur.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	5
1. Vieillessement des personnes âgées avec des antécédents psychotiques	7
1.1. Défis liés au vieillissement de la population	7
1.2. Vieillessement des personnes atteintes de troubles psychotiques	9
2. Défis liés au parcours des personnes psychotiques vieillissantes	12
2.1. Parcours de vie entre domicile et établissement	12
Malades avec possibilité de prise en charge en ambulatoire	12
Réhabilitation psychosociale	13
Personnes plus dépendantes nécessitant une hospitalisation	16
Orientation vers un établissement médico-social	16
2.2. Accompagnement du vieillissement des personnes psychotiques	18
Personnes âgées vivant à domicile	18
Personnes âgées hospitalisées de longue date	20
Vieillessement accompagné en EHPAD	21
3. Efforts de la filiarisation des parcours: structuration progressive des pratiques et perspectives d'évolution	24
3.1. Mise en place de la filière d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique	24
Equipes mobiles d'intervention et d'appui	26
3.2. Efforts de la filiarisation de l'accompagnement des personnes psychotiques vieillissantes	28
Mise en place d'une filière gériatrique du territoire	28
Efforts de la filiarisation au sein de l'établissement	29
Projet de la relocalisation de 40 places de l'EHPAD	30
3.3. Perspectives d'évolution	32
Structuration interne	32
Positionnement au sein du territoire	33
Établissement	33
EHPAD	34
USLD	35
Conclusion	36

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACT	<i>Assertive community treatment</i>
AES	Accompagnant éducatif et social
ARS	Agence régional de santé
AS	Aide-soignant
AVC	Accident vasculaire cérébral
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSS	Cadre supérieur de santé
CVS	Conseil de vie sociale
DMS	Durée moyenne de séjour
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	Établissement et services médico-sociaux
EVN	Espérance de vie à la naissance
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
HC	Hospitalisation à temps complet
HP	Hospitalisation à temps partiel
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale pour les personnes handicapées
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PCH	Prestation de compensation du handicap
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PUI	Pharmacie à usage intérieur
SNDS	Système national des données de santé
UHR	Unité d'hébergement renforcé
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques
USLD	Unité de soins de longue durée

Introduction

La question du vieillissement des personnes et de la prévalence des troubles psychiatriques doit être analysée sous plusieurs angles. Tout d'abord, une part de la population vieillissante semble davantage exposée aux fragilités psychologiques en lien avec des histoires personnelles complexes. A titre d'exemple, 16% des femmes et 12% des hommes âgés de plus de 70 ans souffrent d'un syndrome dépressif, contre respectivement 12% et 8% dans la tranche d'âge 35-69 ans (INSEE, 2022). Ce sont des personnes souvent isolées, fragilisées par les événements marquant leurs parcours (décès, divorce, perte d'emploi) et qui sont plus à risque d'être exposées à des facteurs affectant potentiellement leur état de santé et plus à risque de décès par suicide (Benoit, 2010). Ensuite, de plus en plus de personnes âgées sont atteintes de maladies neuro dégénératives¹, type Alzheimer ou Parkinson, nécessitant un accompagnement spécifique (au domicile ou en établissement). Enfin, et c'est le sujet qui est au centre de ce mémoire, les personnes avec des troubles psychiatriques, notamment psychotiques, vieillissent et nécessitent des solutions d'accompagnement adaptées à leur parcours et leurs pathologies. La mobilisation de pouvoirs publics sur ce sujet, au-delà de l'importance que cela représente pour les personnes malades elles-mêmes, affecte d'une manière non-négligeable la situation des proches-aidants et les conditions d'exercice des professionnels de santé.

J'ai effectué mon stage de professionnalisation sur le secteur médico-social adulte d'un établissement public de santé mentale implanté dans le Nord-Ouest de la France.

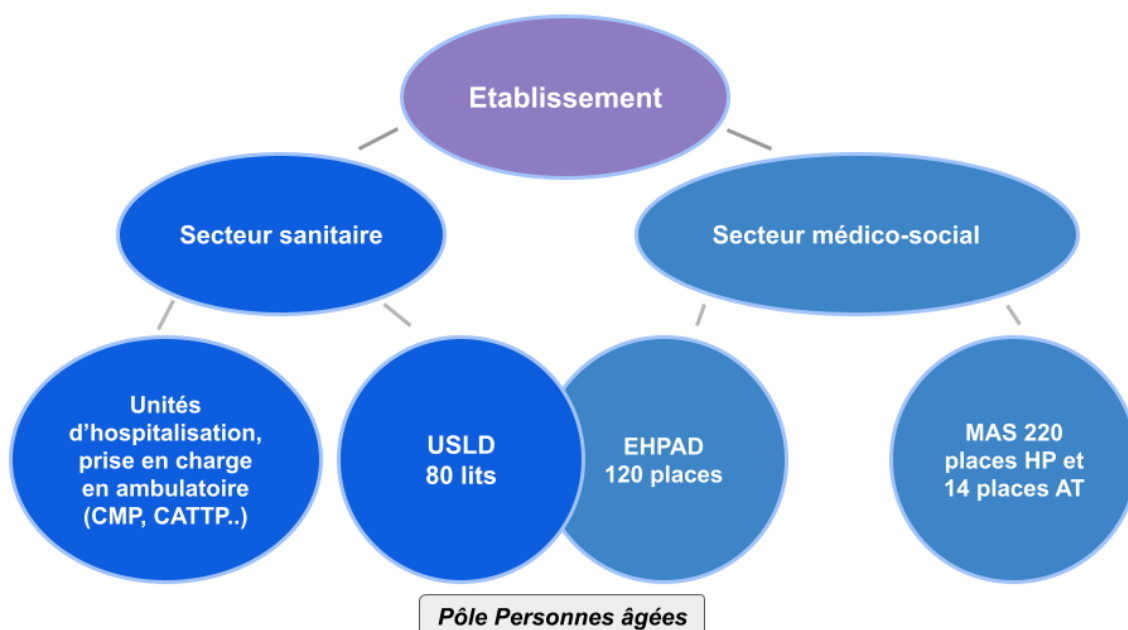
Les territoires couverts par les secteurs psychiatriques de ce centre hospitalier sont majoritairement des zones rurales. Ces dernières années, la dynamique migratoire et économique ont pu contribuer au renforcement de la capitale départementale, contribuant ainsi au processus de sa métropolisation. Par ailleurs, les caractéristiques socioéconomiques sont globalement favorables, avec un taux de pauvreté qui oscille autour de 10%, contre 14,6% sur l'ensemble du territoire français (INSEE, 2019).

L'établissement de mon lieu de stage propose à la population de son territoire une offre au niveau du diagnostic et du traitement des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Son activité se base sur le découpage du département en secteurs, créés pour répondre aux besoins de soins de proximité. Il assure l'accueil de patients en hospitalisation et/ou en ambulatoire. Le secteur médico-social adulte de l'établissement se compose d'une Maison d'Accueil Spécialisée, accueillant les personnes en situation de handicap (220 places d'hébergement permanent et 14 places d'accueil temporaire) et d'un EHPAD proposant une offre d'hébergement permanent aux personnes âgées (120 places). Ce dernier fait partie d'un pôle Personnes Âgées englobant en parallèle 80 lits d'une Unité

¹ Ainsi, environ 1 300 000 personnes souffrent de maladies neurodégénératives aujourd'hui en France (Feuille de route maladies neurodégénératives 2021-2022)

de Soins de Longue Durée. Il convient de souligner que l'établissement est engagé dans un projet de relocalisation d'un des sites de l'EHPAD (actuellement éloigné) sur son site principal.

Schéma de l'établissement.



Il s'agissait de ma première expérience dans le secteur des soins psychiatriques, par conséquent il m'est paru évident d'approfondir la question du parcours des personnes prises en charge, tant sur le secteur sanitaire que sur le secteur médico-social. J'ai fait le choix d'approfondir la question du vieillissement des personnes atteintes de troubles psychotiques. Enfin, pour ne pas limiter ma réflexion uniquement aux enjeux institutionnels de la prise en charge, j'ai élargi mon analyse à l'ensemble du parcours de vie de ces personnes, certaines d'entre elles bénéficiant d'un accompagnement adapté à domicile.

Les troubles psychotiques affectent le fonctionnement du cerveau et peuvent rendre difficile pour la personne concernée de faire la différence entre ce qu'elle perçoit et ce qui est réel. Les troubles psychotiques altèrent les pensées et les perceptions des personnes par leur apparition soudaine, rendant le fonctionnement au quotidien difficile. Parmi les troubles psychotiques les plus fréquents, on note la schizophrénie, le trouble schizo-affectif ou encore le trouble délirant (portail gouvernemental, Quebec, 2022).

Le choix de consacrer mes recherches à l'analyse du parcours des personnes âgées avec des antécédents psychotiques a été guidé, dans un premier temps, par la méconnaissance du sujet et l'absence de cette problématique dans le débat public. Malgré

plusieurs travaux de recherche qui ont pu être consacrés à cette question (Jovelet, 2010, Coldefy et Gandré, 2018, ou encore Pratiques en santé mentale, 2020/1), la question du devenir des personnes atteintes de troubles psychotiques n'a pas suscité le même intérêt que les autres défis affectant la population vieillissante. En effet, nous n'avons pas un grand plan à l'échelle nationale à l'instar de ce qui est fait, par exemple, pour les personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives. Le contexte global du vieillissement de la population, y compris des personnes atteintes de troubles psychotiques, posera par conséquent les défis à la structuration de l'offre d'accompagnement existante pour ce public.

Un autre point intéressant ayant guidé mon choix est le fait que la prévalence des troubles psychotiques n'affecte pas d'une manière égale l'ensemble de la population. A titre d'exemple, certaines études ont démontré que la schizophrénie serait trois fois plus élevée chez les personnes déficientes intellectuelles qu'en population générale (Doody et al., 1998). Ainsi, cette étude met en évidence les limites de la structuration autonome de l'accompagnement psychiatrique et médico-social, et par conséquent les enjeux du décloisonnement entre ces deux secteurs.

Après avoir effectué les premières recherches bibliographiques et observations sur le terrain, je me suis interrogée sur l'évolution de l'accompagnement des personnes concernées par des troubles psychotiques. Ainsi, la question centrale qui a guidé mon travail était de savoir **dans quelle mesure les efforts de filiarisation de la prise en charge des patients psychotiques vieillissants de l'établissement de mon lieu de stage permettent-ils de favoriser un parcours de vie personnalisé répondant aux besoins et attentes de ce public?**

Le terme de "filiarisation de la prise en charge" employé dans ce mémoire correspond au concept de la structuration des parcours de vie basée sur la coordination et la complémentarité des champs de compétences des différents acteurs des secteurs sanitaires et médico-sociaux. En effet, les besoins de structurer et rendre plus fluide le parcours des personnes âgées, y compris des personnes avec des antécédents psychiatriques sont reconnus par le Projet Territorial de Santé Mentale. En effet, un de ses axes stratégiques évoque la nécessité de structurer le suivi psychiatrique sur l'ensemble des secteurs et mettre en place une filière complète de psychiatrie de la personne âgée.

Les questions et hypothèses suivantes m'ont guidé dans le recueil et l'analyse des matériaux de recherche à la base de la réflexion présentée dans ce mémoire. Les efforts de filiarisation déployé par l'établissement de mon lieu de stage s'inscrivent-ils dans les objectifs de la mise en place des filières de soins, y compris des filières gériatriques? Ont-ils été formalisés via la contractualisation interne à l'établissement (eg. contrats de pôle, procédures) ou constituent-ils une complémentarité *de facto* entre les projets de service concernés? Enfin, le projet de la relocalisation de 40 places de l'EHPAD sur le site principal

de l'hôpital présente-t-il une valeur ajoutée pour la structuration de la prise en charge des personnes psychotiques vieillissantes?

Même si le vieillissement des personnes âgées avec des antécédents psychotiques s'inscrit dans un contexte général de vieillissement de la population, les personnes malades cumulent un certain nombre de fragilités, tant sur le plan médical que sur le plan social (I). Ces fragilités impactent d'une manière non-négligeable les parcours de personnes atteintes de troubles psychotiques, nécessitant une réponse adaptée de l'offre sanitaire et médico-sociale (II). Le stage de professionnalisation sur un établissement public de santé mentale m'a permis d'observer les efforts de filiarisation des parcours des personnes concernées et de mesurer ses enjeux, limites et perspectives d'évolution (III).

Méthodologie

Afin de répondre aux questionnements soulevés, une méthodologie en plusieurs étapes a été appliquée.

Tout d'abord, un travail de cadrage à travers 4 entretiens informels avec les directeurs, médecins et cadres supérieurs de santé de l'établissement de mon lieu de stage m'ont permis de mieux appréhender le fonctionnement d'un grand établissement de santé mentale, y compris de son secteur médico-social. Par souci d'anonymat, je le nomme "l'établissement".

Le cadre particulier de mon stage, marqué par le poste vacant du directeur référent du secteur et mes missions d'intérim *de facto*, m'ont permis d'avoir un accès facilité aux nombreux interlocuteurs et de recueillir les matériaux nécessaires pour mener ma recherche.

Ensuite, un travail documentaire a été mené pour pouvoir mieux contextualiser les problématiques diverses des parcours de personnes âgées avec des antécédents psychotiques. Ainsi, j'ai effectué une analyse de textes réglementaires, des ouvrages et des articles se référant au sujet et des rapports publiés par les différents acteurs. Par ailleurs, les témoignages des personnes atteintes de troubles psychotiques disponibles sur internet, comme celui de Luc Vigneault, constituait une base de départ dans ma réflexion autour des défis quotidiens du parcours et des souhaits des personnes concernées par ces maladies.

Par la suite, 8 entretiens semi-directifs ont été menés afin de retracer les efforts de filiarisation de la prise en charge de personnes âgées avec des antécédents psychotiques. Ainsi, en ce qui concerne le parcours des personnes adultes souffrant de troubles psychotiques, j'ai pu échanger avec le cadre supérieur de santé anciennement mobilisé autour du déploiement des résidences d'accueil (Annexe 1). En outre, un entretien avec le psychiatre de la filière de l'hospitalisation prolongée m'a permis d'aborder le sujet des passerelles à mettre en place avec le secteur médico-social (Annexe 2).

Concernant les parcours des personnes atteintes de troubles psychotiques vieillissantes à domicile, j'ai pu m'entretenir avec le médecin en charge de l'équipe mobile intersectorielle d'appui et d'évaluation (Annexe 3). Ensuite, l'échange avec un des médecins du pôle personnes âgées m'a permis d'appréhender les passerelles existantes entre le secteur psychiatrique et l'EHPAD/USLD (Annexe 4).

Le témoignage de Madame T., résidente de l'EHPAD, était essentiel pour approfondir les besoins des personnes âgées avec des antécédents psychotiques, même s'il s'agissait d'une histoire individuelle (Annexe 5).

L'entretien avec l'un des cadres supérieurs de santé, centré sur son histoire personnelle, était une occasion d'identifier les défis liés au parcours des personnes malades (Annexe 6). Par ailleurs, l'échange avec Madame C., la représentante des familles au CVS m'a permis de découvrir le regard des proches-aidants (Annexe 7). Enfin, la rencontre avec

un des responsables au sein de la délégation départementale de l'ARS fut une occasion d'approfondir le positionnement des acteurs publics sur ce sujet (Annexe 8).

3 entretiens informels ont également pu avoir lieu avec mon maître de stage, le directeur de l'établissement, ce qui m'a permis d'avoir une vision stratégique sur les enjeux des différents acteurs de l'établissement et du territoire. Par ailleurs, ma participation aux réunions de direction, aux différentes instances (conseil de surveillance, commission des soins infirmiers, de rééducation et soins médico-techniques), ont facilité ma compréhension des rapports entre les différents intervenants.

Ce mémoire est également nourri par d'autres activités quotidiennes de l'établissement, et notamment la participation au séminaire concluant le projet d'établissement. Les observations lors de cet événement m'ont permis de mieux appréhender les axes stratégiques du développement de l'établissement et la place du secteur médico-social. Enfin, la participation à plusieurs gardes administratives fut une occasion inestimable de pouvoir mieux saisir les facteurs variés impactant le parcours des usagers.

1. Vieillissement des personnes âgées avec des antécédents psychotiques

D'une manière générale, l'avancée en âge expose les personnes à la perte progressive de l'autonomie. S'agissant des personnes âgées avec des antécédents psychotiques, les défis liés au vieillissement de l'ensemble de la population (1) seront combinés avec plusieurs facteurs de vulnérabilité, tant sur le plan psychiatrique et somatique, que sur le plan social (2).

1.1. Défis liés au vieillissement de la population

Si on se réfère à la notion du vieillissement *lato sensu*, donc au fait simple d'avancer en âge, le processus du vieillissement commence lorsque la personne atteint l'âge adulte. C'est en effet à partir de 25 ans que commence le processus, même si insignifiant au départ, d'altération physique ou psychique due aux atteintes de l'âge. Le début du vieillissement *stricto sensu*, qui renvoie au concept du déclin des capacités physiques d'un être vivant en s'approchant du décès, est difficilement mesurable et dépend largement des conditions de vie et de l'état de santé global.

De même, la catégorie de "la personne âgée" pose des problèmes en termes de définition. Quand pouvons-nous estimer qu'une personne est désormais considérée comme âgée? S'agit-il d'un âge réel, donc celui de l'état civil, de l'âge ressenti par les personnes, ou bien l'âge social qui correspond à la place laissée ou donnée par la société aux personnes âgées? (Raimondeau, 2020, 228)

En outre, la population française continue de vieillir. L'allongement de l'espérance de vie à la naissance (EVN), mais également l'avancée en âge des générations issues du baby-boom, accélèrent ce phénomène en décalant la pyramide des âges vers son sommet. Ainsi, dans les années à venir, la part de la population âgée de plus de 65 ans progresserait fortement: en 2040, plus d'un habitant sur quatre aurait 65 ans ou plus (Tableaux de l'économie française, 2020, p.24). L'augmentation de l'EVN, en lien avec l'amélioration des conditions de vie et de la qualité de notre système de santé, va de pair avec le poids croissant des maladies chroniques (Raimondeau, 2020, p.184). Ceci reste en lien, à la fois avec la progression du taux de survie des personnes concernées, et en même temps l'aggravation du poids des effets de certains facteurs de risque, comme le tabagisme, le surpoids, la sédentarité ou encore les conditions de travail. Les défis posés par les besoins en soins et accompagnement des personnes atteintes de polypathologies vieillissantes ont motivé le gouvernement à prendre acte d'un certain nombre de mesures visant la mise en place de réponses adaptées aux besoins spécifiques des personnes âgées.

Ainsi, courant des années 2000, plusieurs textes préconisent la mise en place et le développement de filières gériatriques (circulaires de 2002 et 2007). L'objectif de ces filières est de permettre à chaque personne âgée d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée. Par conséquent, il s'agit de structurer l'offre de proximité, permettant d'assurer la continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé, afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent polypathologiques et fragiles.

Cette filière a également vocation à prendre en charge les problèmes psychogériatriques, et à proposer un dispositif gradué reposant sur les équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles (circulaire 2007). Il est cependant incertain si cette filière s'adresse également aux personnes âgées ayant des antécédents psychotiques.

En parallèle, l'augmentation de la prévalence des maladies neurodégénératives chez la population âgée (Santé Publique France, 2019) et les défis en termes d'accompagnement que cela induit, a résulté dans une mobilisation des acteurs à l'échelle nationale et sa traduction dans le Plan Alzheimer (2018-2012) et le Plan Maladies Neurodégénératives par la suite. Pour rappel, le premier Plan Alzheimer disposait d'un budget de 1,6 milliard d'euros réparti entre une quarantaine de mesures. Ces efforts ont impulsé, notamment, l'évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale via le déploiement d'unités spécifiques, comme les Pôles d'activité de soins adaptés (PASA) ou les Unités d'hébergement renforcé (UHR). Ces évolutions, bien évidemment très pertinentes et attendues, ont été envisagées afin de répondre aux besoins d'une partie de la population vieillissante.

Même si l'ensemble du territoire français fait face au vieillissement de sa population, certains régions y sont davantage exposées. Ainsi, le territoire de mon lieu de stage connaît une forte progression démographique: +1,1% contre 0,4% en France (Insee, Omphale 2010). Au niveau départemental, entre 2008 et 2013 la population a progressé à un rythme deux fois plus rapide que la population française, expliqué autant par les soldes naturels que migratoires. Par ailleurs, on constate un vieillissement accéléré de la population, malgré son dimensionnement bien plus modeste qu'à l'échelle de l'ensemble du territoire national.

Evolution de l'indice de vieillesse entre 2020 et 2040 (INSEE, Omphale 2010)

Indice de vieillesse entre 2020 et 2040	2020	2030	2040
Département A	0,32	0,42	0,52
Region B	0,42	0,57	0,69
France métropolitaine	0,39	0,54	0,65

Enfin, même si le taux d'équipement médico-social sur le département de mon lieu de stage est supérieur à celui de la région, sa répartition sur le territoire demeure inégale (Projet de service EHPAD).

Ces éléments descriptifs des enjeux liés au vieillissement de la population nous permettent d'introduire un sujet plus spécifique, celui du vieillissement des personnes atteintes de troubles psychotiques.

1.2. Vieillissement des personnes atteintes de troubles psychotiques

Comme indiqué dans l'introduction de ce mémoire, le sujet du parcours des personnes âgées avec des antécédents psychiatriques n'a pas suscité tant d'intérêt que les défis liés au vieillissement de l'ensemble de la population. En effet, le paysage des grands plans ou des feuilles de route à l'échelle nationale manque d'initiatives et de mobilisation sur ce sujet. Même si le document stratégique en matière de la santé, Ma Santé 2022, accorde une priorité à la psychiatrie et la santé mentale, il n'aborde pas plus spécifiquement la question du vieillissement des personnes malades. C'est également le cas de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée le 28 juin 2018. Les Assises de la Santé Mentale de l'année dernière ont abordé indirectement ce sujet en évoquant la problématique de l'accès aux soins de la population vulnérable et isolée, notamment des personnes âgées, et en proposant le développement des équipes mobiles psychiatriques intervenant au niveau des EHPAD.

En revanche, il est à noter que sur le plan international, plusieurs pays ont pu se mobiliser sur le sujet. Ainsi, dès 2002, l'état de New York a su intégrer la thématique du vieillissement des personnes en situation de handicap au sens large dans son plan gérontologique (Azéma, Martinez, p. 299).

Et pourtant, le vieillissement des personnes atteintes de troubles psychiques, et plus précisément l'augmentation de leur espérance de vie n'est pas un phénomène récent et s'intègre dans le sujet plus général du vieillissement de la population. Ce constat semble être en lien avec un faible intérêt de la part de l'opinion publique. En effet, les personnes vulnérables atteintes de troubles psychiques, et notamment psychotiques, cumulent l'image péjorative de la vieillesse avec les discriminations liées à la maladie mentale (Jovelet, Hanon, 2020).

En France, les malades psychiatriques âgés de plus de 60 ans représentent 18% de la population souffrant de troubles mentaux (12% des hommes et 24% des femmes). A titre d'exemple, un patient schizophrène sur 7 aurait plus de 65 ans (Jovelet, 2010, p. 40-41). Presque deux tiers de ces personnes seraient concernées par une prise en charge institutionnelle (44% hospitalisés à temps plein et 17% vivant en EHPAD ou en USLD), le reste de cette population vivrait à domicile, soit auprès de leur famille, soit en autonomie

(Copeland, 1998). Même si les données citées ci-dessus proviennent de l'enquête menée à la fin du XXème siècle, elles illustrent bien la diversité des trajectoires de vie et la complexité de la prise en charge de ce public.

Comme évoqué dans la sous-partie précédente, le vieillissement des personnes âgées avec des antécédents psychiatriques s'inscrit dans un contexte plus large du vieillissement de la population française. Néanmoins, il convient de souligner, bien documenté dans plusieurs études, un écart significatif de l'espérance de vie à la naissance entre les personnes atteintes de maladies psychiatriques et la population globale.

Ainsi, les données statistiques d'Ameli montrent que l'espérance de vie est inférieure d'environ 15 ans chez les personnes souffrant de troubles psychiques, et l'âge moyen de leur décès se situe à 67 ans (Jacob Benarosch, 2020, p. 4).

Les raisons principales de la surmortalité dans ce groupe de la population seraient d'origines multiples. En 2018, une étude menée par Magalie Coldefy et Coralie Gandré a permis une analyse croisée de données relatives aux causes médicales de décès avec les données de consommation de soins remboursés par l'Assurance maladie dans le Système national des données de santé (SNDS). Selon les résultats de cette étude, les principaux déterminants de la surmortalité sont:

- le risque plus élevé de suicide et de mort violente ou accidentelle
- le risque de nombreuses maladies chroniques, notamment d'ordre comportemental, telles qu'une forte consommation de tabac, une grande sédentarité ou une moindre observance aux traitements
- une moins bonne prise en charge somatique que celle de la population générale
- l'accès aux soins, le dépistage ou la qualité des soins délivrés

Par ailleurs, les résultats de cette étude montrent que le taux de mortalité chez les personnes suivi pour des troubles psychiatriques est de 27,2 (18,6 pour les troubles psychotiques), contre seulement 6,9 pour l'ensemble des bénéficiaires du régime général. Une diminution significative de l'EVN par rapport au reste de la population est par ailleurs confirmée (au niveau des troubles psychotiques, de 14,4 ans pour les hommes et de 13,7 ans pour les femmes).

Parmi les causes de décès principales, on note tout d'abord le cancer et les maladies cardiovasculaires, tout comme pour le reste de la population. Par contre, le décès par facteurs externes (suicides, accidents de vie) se placent en 3ème position (5ème cause en ce qui concerne l'ensemble des bénéficiaires du régime général). En outre, la mortalité est marquée par l'importance des décès prématurés (survenant avant 65 ans): 28% des décès contre 20% des décès dans le reste de la population.

Enfin, on peut noter les limites de cette étude, pointées par les autrices, notamment quant à l'identification de la population souffrant de troubles psychiques. En effet, celle-ci a été calculée sur des individus récemment pris en charge par le système de santé, omettant ainsi potentiellement une partie de la population souffrant de troubles psychiques mais sans recours actuel (Coldefy et Gandré, 2018, p. 1-6).

A l'échelle internationale, une étude menée dans 8 états des États-Unis montre que l'EVN des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est de 25 à 30 ans plus courte que celle du reste de la population. Cela résulte, notamment, de la prévalence de comorbidités et d'un taux de mortalité plus important (Colton & Manderscheid, 2006, p. 4). Par ailleurs, une autre étude menée à l'étranger a mis en exergue la persistance, voire l'aggravation, de l'écart entre l'espérance de vie de la population générale et celle des individus avec des maladies psychiatriques au cours du temps (Thornicroft, 2011).

Pour résumer, les personnes atteintes de maladies psychiques sont davantage exposées aux risques d'une mort évitable que le reste de la population. Cela résulte de facteurs de risques spécifiques (tabagisme, mauvaise hygiène de vie, effets de la prise chronique de médicaments, comorbidité cardiaque des troubles mentaux, etc.) ainsi que d'un accès limité aux ressources de santé (sous-estimation des problèmes de santé physique et des comorbidités, effet de la stigmatisation, y compris de la part de professionnels de santé). Dans ce contexte, certains auteurs évoquent le rôle protecteur des établissements d'accueil (ou ses services) dans la prise en charge globale des personnes atteintes de troubles psychiatriques (Azéma, Martinez, 2005).

Ainsi, en fonction de leur parcours antérieur, les personnes atteintes de troubles psychotiques connaissent des scénarii divergents de l'évolution de leur trajectoire de vie. Soit les symptômes positifs de leur maladie évoluent (intensification ou raréfaction), couplés à la majoration de symptômes négatifs, du retrait, de l'apragmatisme ou encore apathie caractérisée - difficilement différenciable des début de la démence (Hanon, 2014, p. 31, S. De Beranger, 2003, p. 148-152). Soit on constate un apaisement comportemental avec l'absence d'affaiblissement intellectuel, ou de dégradation cognitive qui se caractérise par l'amélioration de la qualité de présence au monde, d'attention à l'autre et des relations aux soignants (Mercier, Cramois, 2020, p. 18-23).

Cependant, il est à souligner que les troubles psychotiques ne protègent en rien sur le plan somatique et les personnes concernées sont exposées, comme le reste de la population vieillissante, aux diverses formes de rhumatisme, au cancer, etc.

Ainsi, les caractéristiques principales du vieillissement des personnes avec des antécédents psychotiques interrogent sur les enjeux en termes de continuité des parcours de ces personnes et les réponses à construire par les acteurs concernés.

2. Défis liés au parcours des personnes psychotiques vieillissantes

Dans le cadre de l'analyse présentée dans ce mémoire, je vais me référer à la notion du vieillissement *lato sensu* compris comme le simple fait d'avancer en âge. Premièrement, d'un point de vue épidémiologique, comme démontré dans le chapitre précédent, l'EVN des personnes atteintes de troubles psychotiques est nettement inférieure à celle du reste de la population. Ensuite, le parcours des personnes malades avec des besoins spécifiques en santé et la forme d'accompagnement qui a pu être proposée, vont avoir un impact non-négligeable sur les caractéristiques du vieillissement de ces personnes. On parlera alors soit de vieillissement réussi, avec le maintien des capacités et de l'autonomie, de vieillissement habituel, avec les risques de développer des pathologies liées à l'âge, soit de vieillissement pathologique marqué par plusieurs facteurs de risque et des pathologies précoces (Zribi, 2017, p. 7).

Dans ce chapitre on évoquera donc les différentes trajectoires de vie et modalités de la prise en charge des personnes adultes atteintes de troubles psychotiques. Pour certaines, il s'agirait d'une prise en charge en ambulatoire, combinée éventuellement avec des courtes épisodes d'hospitalisation et de réhabilitation psychosociale. Pour d'autres, l'accompagnement en institution de plusieurs années serait inévitable (1). Ces différentes trajectoires de vie déterminent par la suite la forme de l'accompagnement de la vieillesse et la perte progressive d'autonomie: à domicile ou en établissement (2).

2.1. Parcours de vie entre domicile et établissement

Malades avec possibilité de prise en charge en ambulatoire

Comme évoqué dans le chapitre I, une part importante des personnes atteintes de troubles psychiatriques ayant atteint 60 ans vivent à domicile, soit avec leur famille (auprès de parents âgés, du conjoint), soit seuls (Jovelet, 2010, p. 40-41). Il s'agit des individus qui ont potentiellement connus des épisodes d'hospitalisation, mais dont l'état clinique et le niveau d'autonomie permettent de s'engager dans un processus de rétablissement dans le milieu ordinaire. Il s'agit donc d'un accompagnement individuel au plus près de l'environnement habituel du malade permettant, notamment, de réduire le risque d'une hospitalisation.

Il est à noter que l'accompagnement en psychiatrie, basé sur le fonctionnement par secteur (approche populationnelle) et dont les jalons ont été posés par la circulaire de 1960, associent nécessairement les 3 missions: prévention, soins et post-cure (Annexe 1). La

circulaire précise que le développement des organismes extra-hospitaliers, tel que dispensaire d'hygiène mentale (aujourd'hui CMP), hôpital de jour, foyer de post-cure ou encore ateliers protégés, vise à diminuer les besoins en matière d'hospitalisation. Le parcours du patient affecté par la maladie mentale est donc dessiné: à la suite d'un dépistage effectué d'une manière précoce au CMP, les soins adéquats et au bon moment sont proposés, accompagnés si besoins d'une hospitalisation. L'hospitalisation ne constitue donc qu'une étape de traitement (Tachon, 2010).

Ainsi, le système actuel de prise en charge en psychiatrie s'appuie sur le principe de la gradation des soins. Le dispositif de soins de premier niveau englobe les structures ambulatoires, telles que les centres médico-psychologique (CMP), y compris les équipes mobiles, les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), les centres de réhabilitation psycho-sociale, ou encore le suivi infirmier des résidents en EHPAD. Quant à la prise en charge en hospitalisation, on identifie les unités d'hospitalisation à temps partiel (HP) et à temps complet (HC).

S'agissant des établissements publics en santé mentale, leur activité se base sur le découpage du département en secteurs (zones d'environ 80 000 habitants), créés pour répondre aux besoins de soins de proximité. L'objectif premier est de maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire via, notamment, la mise en réseau des organisations et des ressources disponibles. L'avantage du découpage en secteurs est incontestablement la cohérence de l'accompagnement du patient en fonction de son domicile, reposant sur l'intervention de la même équipe pluridisciplinaire. L'inconvénient peut résulter dans l'organisation divergente de l'offre de soins selon les secteurs, voire les approches différentes en termes de choix d'accompagnement thérapeutique.

Par ailleurs, il convient de souligner que depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les actions des établissements publics de santé mentale sont mises en complémentarité avec celles d'autres acteurs du territoire via les Projets Territoriaux de Santé Mentale.

Réhabilitation psychosociale

Certains patients avec des troubles psychotiques, notamment ceux accompagnés depuis un certain temps dans le milieu hospitalier, risquent de perdre leur liens avec le milieu de vie ordinaire et nécessitent un accompagnement spécifique afin de reprendre une vie en autonomie. Une évolution récente, confirmée par les orientations des politiques publiques (loi de 2016), construit cet accompagnement sur les concepts de rétablissement et de réhabilitation psychosociale. La notion de rétablissement renvoie à l'idée de retrouver une vie satisfaisante malgré les limitations liées à des troubles psychiques. Il ne s'agit pas de la

guérison, donc de la disparition de la maladie, mais du maintien des capacités afin de pouvoir vivre en autonomie.

“Le rétablissement est une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi. [...] Savoir ce que je ne peux pas faire me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent encore à moi” (Patricia Deegan, 1996, p. 96).

La réhabilitation psychosociale, à son tour, renvoie à des techniques et outils qui peuvent contribuer au rétablissement. Elle pose également un certain nombre de principes qui encadrent la démarche, notamment celle de l'intérêt d'intervenir le plus tôt possible, bien évidemment dans le respect du choix de la personne. En effet, les témoignages des patients atteints de schizophrénie et de bi-polarité, évoquent, tout d'abord, l'importance d'un diagnostic précoce pour pouvoir adresser la souffrance découlant des symptômes de la maladie. Par la suite, un accompagnement spécifique, en parallèle d'un traitement médical, permet justement d'affronter les défis quotidiens posés par les troubles psychotiques et de pouvoir maintenir une autonomie dans la vie. Malheureusement, le décalage temporel entre l'apparition des premières symptômes et la prise en charge adaptée est susceptible de s'accroître, en lien avec les erreurs de diagnostic ou encore le déni des troubles existants (Luc Vigneault, 2013 et Bernard, 2020). Un des médecins de l'établissement de mon lieu de stage évoque les difficultés particulières liées à la prise en charge des personnes atteintes de troubles bi-polaires. En effet, quand les personnes bi-polaires sont dans une phase dit d'euphorie, elles peuvent considérer ne plus avoir besoin d'un traitement. En outre, quand une phase de rémission s'ajoute, ils peuvent même arrêter l'ensemble de l'accompagnement. Enfin, les épisodes de décompensation impliquent le redémarrage de la prise en charge. Néanmoins, *“chaque décompensation peut laisser des traces, tant sur le plan psychique que somatique, et on ne récupère pas à 100 %”* (Annexe 4).

Par conséquent, le parcours des personnes atteintes de troubles psychotiques est marqué par les allers retours entre hospitalisation et domicile, induits par les phases de stabilisation et de décompensation. Par ailleurs, il est important de souligner le rôle central et les limites de l'accompagnement des proches-aidants. En effet, la plupart des aidants, en lien avec leur progrès en âge, sont tout comme le reste de la population exposés aux pathologies du vieillissement, au risque de pertes d'autonomie et une entrée dans la dépendance. Selon Bernard Azéma et Nathalie Martinez, on peut parler dans ce contexte d'une dépendance partagée, ou d'une « surdépendance » chez les proches aidants qui se trouvent dans une incapacité de poursuivre ce rôle, ce qui conduit à s'interroger sur l'évolution des aidants naturels et la place de l'accompagnement institutionnel (Azéma, Martinez, 2005, p. 323).

Afin de mettre en perspective des évolutions générales au regard de ce qu'il peut se passer sur le terrain, je présente ici l'exemple des actions déployées par l'établissement de mon lieu de stage. S'agissant de l'accompagnement des patients vers le rétablissement, l'échange avec un CSS a mis en exergue le caractère récent de cette démarche au sein de l'établissement. Malgré l'existence des orientations et fondements juridiques claires émanant de la circulaire de 1960, une réflexion à l'échelle institutionnelle évoquant la nécessité de l'accompagnement des patients vers la sortie de l'hospitalisation (post-cure), se structure seulement vers 2013/2014. Auparavant, les initiatives des professionnels de santé se limitaient à des démarches individuelles et ponctuelles, non formalisées dans le projet institutionnel de l'établissement.

Ainsi en 2015, ouvrent des résidences d'accueil proposant l'hébergement et l'accompagnement pour les personnes sortant de l'hospitalisation (habitat collectif). Ce type d'accompagnement des personnes à domicile nécessitait de mettre en orchestre l'intervention de l'ensemble des acteurs du sanitaire et médico-social, chacun avec ses compétences propres et ses limites (auxiliaires de vie, médecin traitant, équipe mobile psychiatrique et autres). Ainsi, depuis leur création, 11 patients ont pu bénéficier de la prise en charge dans la résidence d'accueil, majoritairement les patients de l'unité d'hospitalisation prolongée.

Par la suite, l'axe de développement de l'accompagnement vers le milieu de vie ordinaire semble être confirmé par la parution de l'instruction ministérielle n°DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires (dans le cadre de la loi de 2016 et de la feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018). En effet, des appels à projets sur l'ensemble du territoire sont lancés pour encourager les établissements de santé à porter des initiatives dans ce domaine. L'ARS de la région de mon lieu de stage a retenu le projet présenté par 2 établissements de santé mentale proposant de structurer et développer les missions d'appui, de réseau et de formation auprès de partenaires du territoire². Ainsi, cette structure s'adresse à l'ensemble des publics concernés par des troubles psychiques (proches, tout professionnel) en proposant un appui à la mise en place de la réhabilitation psychosociale. A titre d'exemple, des interventions auprès des GEM sont proposées avec la diffusion d'outils et de formations (Annexe 1).

Enfin, le territoire de mon lieu de stage s'engage en 2019 dans le projet de son premier *Clubhouse*. Ce dispositif, déployé aujourd'hui dans 5 grandes villes métropolitaines, offre aux personnes atteintes de troubles psychiques un accompagnement vers l'insertion sociale et professionnelle en développant leur capacité à apprendre et travailler dans la

² Cette structure a été créée en octobre 2020 suite à l'impulsion du pôle de psychiatrie de l'établissement de mon lieu de stage. Un seul inconvénient, malgré son déploiement il y a 2 ans, son site d'internet n'est pas toujours référencé, rendant impossible son identification via les moteurs de recherche.

société avec plus d'autonomie (mise à jour des compétences bureautiques, préparation de CV et à l'entretien d'embauche).

Personnes plus dépendantes nécessitant une hospitalisation

Pour certaines personnes, les difficultés rencontrées au quotidien dépassent les réponses pouvant être apportées par l'entourage et les différents services d'accompagnement. et remettent en cause le projet de vie en autonomie. En effet, elles nécessitent un accompagnement important dans leurs activités de la vie quotidienne, et une surveillance médicale régulière permettant un réajustement des traitements le cas échéant. C'est notamment le cadre du parcours d'une des résidentes de l'EHPAD adossé à l'établissement de mon lieu de stage.

Madame T. a travaillé pendant presque 10 ans dans un service juridique du Crédit Foncier de France, assurant la gestion des contrats d'emprunt. En 1983, à l'âge de 35 ans, elle est victime d'un AVC qui la rend partiellement invalide et l'empêche de reprendre son activité professionnelle. En parallèle, la schizophrénie est diagnostiquée. La vie privée de Madame T. est marquée par des virages importants, notamment divorce et retour dans le foyer familial chez sa mère. Les relations tendues avec sa mère l'amènent à investir dans l'achat de son propre appartement où elle peut vivre en autonomie pendant quelques années tout en poursuivant les soins psychiatriques en ambulatoire. Un événement remet en cause son projet de vie en autonomie: un départ de feu involontaire à son domicile mettant en danger sa vie et celles de ses voisins. Madame T. est admise en hospitalisation en CHU, et ensuite dans le service de psychiatrie d'un autre établissement. Elle arrive enfin dans l'établissement de mon lieu de stage où elle passe 10 ans en hospitalisation complète (Annexe 5).

L'échange avec un des médecins psychiatre de l'établissement de mon lieu de stage a permis d'approfondir les enjeux liés à une hospitalisation prolongée. Il convient de souligner que la durée de l'hospitalisation varie en fonction des profils des patients et, dans les situations les plus complexes, peut durer plusieurs dizaines d'années. En outre, il est à souligner que le risque majeur lié à une hospitalisation prolongée est l'apparition de la chimiorésistance chez le patient. Ainsi, il est important de mener une analyse approfondie, en lien avec la PUI, afin de mettre en place de nouvelles associations de médicaments.

Orientation vers un établissement médico-social

Quand cliniquement justifié (stabilisation des symptômes par le traitement), l'orientation de ces patients vers le secteur médico-social est posée. Le médecin psychiatre évoque la nécessité pour les patients d'avoir une opportunité de s'investir dans un nouvel

environnement d'une manière stable pour pouvoir, notamment, recréer leurs rituels. Toute admission en ESMS exige donc, au préalable, un temps de préparation, comme les stages d'immersion, l'accueil de jour, ou l'hébergement temporaire (Annexe 2).

Les ESMS, quant à eux, analysent scrupuleusement chaque dossier en vérifiant au préalable que l'admission demandée correspond aux moyens d'accompagnement disponibles sur cette structure. Il est important de souligner que même si l'état clinique n'exige plus la prise en charge en hospitalisation complète, la personne malade pourra connaître des épisodes de crise et de décompensation qui devront être accompagnés par les nouvelles équipes (Annexe 1).

D'après un des CSS, il est urgent de mobiliser et mettre en oeuvre tous les efforts afin de combattre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychotiques, tant à l'intérieur de l'établissement qu'auprès des partenaires extérieurs. L'orientation de ces patients, dans un premier temps vers l'hébergement temporaire des ESMS, constitue une opportunité non négligeable, permettant d'évaluer les capacités de la personne à s'intégrer dans un nouveau collectif et d'enrichir son parcours à présenter pour une éventuelle admission en hébergement permanent. Par ailleurs, l'admission en hébergement temporaire permettra à l'ESMS d'obtenir un financement supplémentaire nécessaire au bon fonctionnement de la structure.

Selon ce CSS, anciennement affecté sur l'unité d'hospitalisation prolongée, 60% des patients sortis de l'hôpital ont été orientés vers un ESMS et 13% vers le domicile (bilan du fonctionnement de l'unité, août 2020). Par ailleurs, il évoque l'histoire de Monsieur B., souffrant de schizophrénie, d'abord patient et ensuite résident sur la MAS de l'établissement, qui après avoir passé 8 ans dans un ESMS, a pu regagner le milieu de vie ordinaire en intégrant une résidence accueil. D'où l'intérêt d'interroger régulièrement les orientations posées pour les personnes, afin de ne pas freiner l'évolution possible de leurs parcours (Annexe 1). Cela rejoint les postulats du comité des droits des personnes handicapées de l'ONU qui encourage la France à accélérer le processus de désinstitutionalisation afin de se mettre en conformité avec la Convention internationale des droits des personnes handicapées (conclusions du 14 septembre 2021).

Une autre problématique que j'ai pu observer pendant mon stage, mais qui dépasse le cadre de ce mémoire, est celle de l'hospitalisation prolongée des patients atteints de troubles autistiques. En effet, 12% des patients accompagnés par l'unité d'hospitalisation prolongée de l'établissement présentent des troubles appartenant au spectre autistique. Ainsi, la continuité de parcours de ces personnes et l'enjeu de l'adéquation de l'accompagnement avec leurs besoins constituent un défi actuel des politiques publiques

et des acteurs du territoire (ex. projet de déploiement d'unités spécialisées dans l'accueil avec troubles du spectre de l'autisme en situation très complexe).

Après avoir présenté les trajectoires de vie des personnes adultes atteintes de troubles psychotiques, on évoquera les différentes modalités de prise en charge du vieillissement et de la perte d'autonomie qui en résulte.

2.2. Accompagnement du vieillissement des personnes psychotiques

Le concept de la gradation de l'accompagnement proposé aux personnes âgées apparaît bien avant la construction et la mise en place des filières de soins (y compris des filières gériatriques). Pour rappel, la circulaire du 18 janvier 1960 relative à l'action sociale en faveur des personnes âgées rappelle que:

“En principe, la place des personnes âgées est à leur foyer et, éventuellement, dans les maisons de retraite (...) Ce n'est qu'exceptionnellement, lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques, qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique. Dans la plupart des cas, une hospitalisation effectuée dans des conditions satisfaisantes, mettant en œuvre les techniques nécessaires, qui réclament d'ailleurs un personnel relativement important, devrait permettre de rendre la personne âgée à son foyer dans un délai relativement rapide.”

Par ailleurs, la circulaire en question met en exergue la nécessité pour les acteurs publics et privés de *“(…) concentrer et coordonner leur efforts avec toute intensité désirable sur les formes de secours (NDA: les services à domiciles) permettant à chacun de vivre aussi indépendant que possible”*.

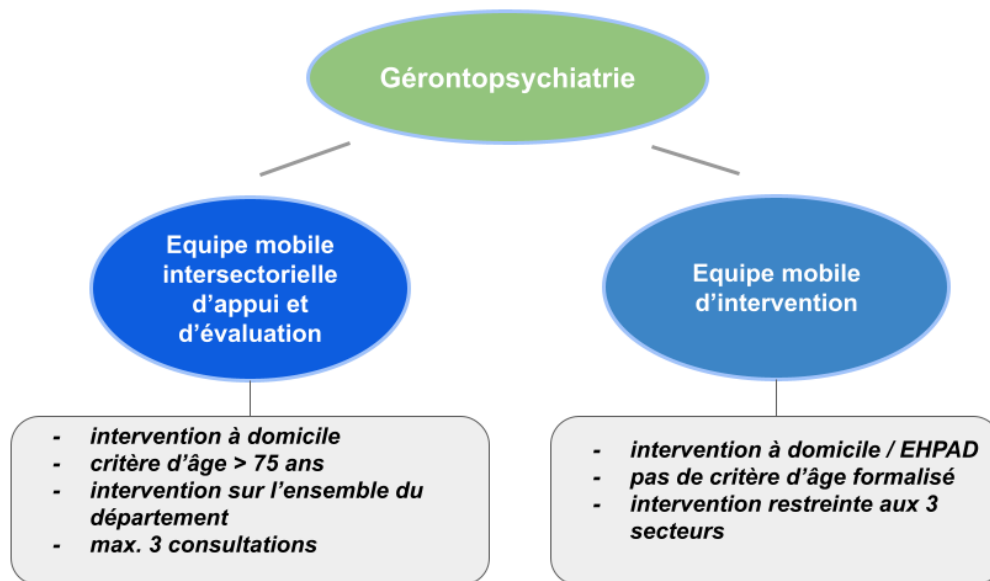
Comme évoqué précédemment, l'évolution du parcours de vie des personnes atteintes de troubles psychotiques vieillissantes est fortement dépendante du caractère et de l'intensité d'accompagnement de la personne dans les années antérieures. Ainsi, les personnes vivant de longue date à domicile peuvent espérer continuer leur mode de vie avec l'avancée en âge. *A contrario*, les personnes qui ont connu une hospitalisation prolongée où un séjour en ESMS depuis de nombreuses années, sont plus susceptibles de poursuivre leur parcours dans un cadre institutionnel. En effet, une pluralité de facteurs y concourent: les professionnels qui n'imaginent pas que d'autres solutions d'accompagnement sont possibles et la vie en institution qui produit un effet de dépendance et de perte de capacité de vivre à l'extérieur.

Personnes âgées vivant à domicile

Tout comme le reste de la population, les personnes atteintes de troubles psychotiques vieillissantes sont exposées à la perte progressive de l'autonomie. Néanmoins, le maintien de ces personnes dans un milieu ordinaire semble davantage fragilisé. En effet, du fait de leur pathologies psychiatriques, les personnes malades présentent une souffrance particulière combinée avec plusieurs facteurs de vulnérabilité, tant sur le plan psychiatrique et somatique, que sur le plan social. Sur le plan somatique, comme évoqué dans la première partie de ce mémoire, le risque de nombreuses maladies chroniques, couplé avec un déficit d'accès aux soins, de dépistage ou de soins délivrés, ont un impact non-négligeable sur la qualité de leur vie (Coldefy et Gandré, 2018, p. 1-6). Par ailleurs, l'entourage de ses personnes perd progressivement, lui aussi, les capacités de soutien ou d'accompagnement (proches aidants vieillissants ou décédés).

D'où l'intérêt primordial de porter, sur le plan institutionnel, les initiatives d'accompagnement à domicile et de prise en charge en ambulatoire. Ainsi, le territoire de mon lieu de stage s'est engagé dans une démarche de mise en oeuvre opérationnelle d'une filière gériatrique inter-établissement. L'ambition était d'améliorer le parcours de la personne âgée sur le territoire en lui évitant notamment un passage aux urgences (somatiques ou psychiatriques). Il s'agit, par ailleurs, d'organiser des parcours spécifiques prioritaires des personnes âgées en intra et inter hospitalier.

Sont concernées par ce dispositif les personnes âgées de plus de 75 ans, polypathologiques ou en risque de perte d'autonomie, associant des problématiques dans les sphères médicales, psychologiques, cognitives, sociales et environnementales. L'établissement de mon lieu de stage y participe via l'intervention de son équipe mobile gérontopsychiatrique (3 secteurs couverts) et le travail de l'équipe intersectorielle d'évaluation et d'appui couvrant la majorité des secteurs. Cette dernière, déployé dans le cadre du PAERPA, s'adresse aux personnes de plus de 75 ans vivant à domicile (hors EHPAD). Elle se base sur une intervention pluriprofessionnelle réunissant le psychiatre et l'infirmière et permettant d'évaluer et d'orienter la personne en difficulté vers un accompagnement adapté (psychologue, psychiatre en ambulatoire ou en hospitalisation).



On peut donc, de prime abord, s'attendre à ce que la filière et les initiatives mises en place répondent également aux besoins des personnes atteintes de troubles psychotiques vieillissantes vivant à domicile. L'échange avec le médecin en charge de l'équipe mobile intersectorielle d'appui et d'évaluation ne permet pas de conclure sur cette question. En effet, ce médecin évoque que, du fait de l'EVN bien inférieure de ces personnes par rapport au reste de la population, les interventions déployées ne les concernent pas. Par ailleurs, il évoque une perte d'autonomie qui s'opère plus vite chez les personnes atteintes de troubles psychotiques et implique par conséquent un accompagnement en institution. Si les deux arguments semblent tout à fait pertinents, ils ne semblent pas suffisants pour exclure l'hypothèse de l'accompagnement de quelques personnes atteintes de troubles psychotiques par cette équipe. En effet, l'EVN traduit simplement la moyenne d'une génération, et ne constitue pas donc, en soi, une prédiction quant à l'âge de décès de telle ou telle personne. Afin d'avoir une information exacte quant au profil clinique des personnes accompagnées par l'équipe mobile intersectorielle d'appui et d'évaluation, le médecin a formulé auprès du DIM une demande qui n'a pu aboutir du fait de la complexité de la traduction des données (Annexe 3).

Personnes âgées hospitalisées de longue date

Comme nous avons vu dans la partie précédente, certains malades nécessitent l'accompagnement en institution et malgré la progression en âge, ils continuent d'être hospitalisés en long cours. Magali Coldefy et Clément Nestrigue, dans une étude menée au sujet de l'hospitalisation au long cours en psychiatrie, estiment que plusieurs facteurs se combinent dans l'intensité du recours à ce mode de prise en charge. Il s'agit, notamment,

des capacités d'hospitalisation, de la diversité des prises en charge proposées, du développement des alternatives à l'hospitalisation, ainsi que des interactions entre les différents acteurs du champ sanitaire et médico-social.

La grande majorité (64%) des patients hospitalisés en psychiatrie au long cours sont des hommes. Par ailleurs, on constate une surreprésentation des patients âgés de 30 à 60 ans. Ce qui est à souligner, c'est le fait que plus de la moitié des patients hospitalisés au long cours souffrent de troubles schizophréniques. A part de ce constat, les patients concernés ne constituent pas une population homogène en termes de diagnostics, de niveaux de dépendance, et donc de besoins de prise en charge.

Enfin, l'impact de ce mode d'hospitalisation sur la qualité de vie et de prise en charge des personnes, ainsi que son coût économique, sont conséquents. En effet, si la proportion de ces patients ne représente que 0,8% de la file active globale, leur prise en charge constitue un quart des hospitalisations et un quart des lits (Coldefy, Nestrigue, 2014).

Dans la partie suivante on évoquera la situation de patients hospitalisés de longue date, vieillissants, pour lesquels ce mode de prise en charge n'est plus adapté et pour lesquels une orientation médico-sociale est à envisager.

Vieillesse accompagnée en EHPAD

Les sorties des patients hospitalisés de longue date doivent être situées dans le contexte d'une démarche de désinstitutionalisation psychiatrique, de fermeture de lits et de développement des prises en charge alternatives, engagé depuis les années 1970. En effet, la durée moyenne d'hospitalisation dans l'année a été divisée par plus de deux depuis les années 1980, atteignant 53 jours en 2012 (Coldefy, Nestrigue, 2014). En ce qui concerne l'établissement de mon lieu de stage, il est à noter qu'il s'inscrit dans cette logique avec la DMS de 44,5 jours en 2005 et 43,48 jours en 2021 (les hospitalisations au sein des unités de long court n'y sont pas incluses).

Soulignons que ce passage vers un établissement médico-social dit classique peut être perçu d'une manière positive par la personne concernée. Dans les années 1960, Goffman soulignait déjà la volonté de réhabilitation après un passage en hôpital psychiatrique :

“En général, ils exprimaient l'intention de rester six mois là où on les avait placés, assez pour économiser un peu d'argent et se débarrasser de la surveillance hospitalière, puis, ayant obtenu un certificat de travail, de trouver un emploi ailleurs, confiants, cette fois, que personne ne saurait rien de leur séjour dans un hôpital psychiatrique.” (Goffman, 1975, p.115).

Même si cette analyse porte sur la symbolique du retour à l'emploi, la volonté d'échapper à son passé psychiatrique trouverait une réponse également au sein de l'EHPAD (bien qu'il s'agit de la persistance de l'institutionnalisation, mais dans le droit commun). Du côté des usagers, on note un soulagement de se sentir « une personne âgée parmi les autres » (Ozenne, 2020).

L'admission et l'accompagnement des anciens patients atteints de troubles psychiatriques dans un EHPAD sont toutefois conditionnés par une coopération efficace entre le secteur sanitaire et médico-social (ex. existence de CMP de liaison et disponibilité des psychiatres du secteur pour assurer le suivi des résidents). Malgré une volonté forte des pouvoirs publics pour favoriser le décroisement de ces secteurs au bénéfice de la fluidité des parcours des personnes, on peut pointer les difficultés de prise en charge des personnes atteintes de troubles psychotiques dans les EHPAD dits classiques.

Les difficultés de coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social se traduisent, notamment, par le refus d'admission en EHPAD des personnes atteintes de troubles psychotiques. Une infirmière de coordination exerçant dans un EHPAD du territoire girondin a clairement exposé cela lors la table ronde des Assises nationales des soins dans les EHPAD qui s'est tenue le 16 mars 2022 à Paris :

“[Accueillir des résidents psychiatriques] c'est chronophage et cela nécessite une prise en charge sans faille. Or les Ehpads, aujourd'hui, avec leurs problèmes RH [ressources humaines], ont beaucoup de failles”. [De ce fait] à chaque fois que nous avons un dossier d'un résident qui est bien identifié, avec une pathologie psychiatrique, je vous avoue que, dans notre établissement, nous ne l'acceptons pas”. (Gerontonews 2022).

Il n'est donc pas surprenant qu'un bon nombre des établissements spécialisés en santé mentale aient développé une offre médico-sociale spécifique, afin de répondre aux enjeux du vieillissement des personnes atteintes de troubles psychotiques vieillissantes. C'est notamment le cas de l'établissement de mon lieu de stage. Ainsi, l'offre adressée aux personnes âgées en fin de parcours se compose d'une Unité de Soins de Longue Durée de 80 lits, dont 20 UHR, localisée sur le site principal de l'établissement, ainsi que de 120 places de l'EHPAD (anciennement USLD), réparties entre deux sites externes. L'USLD assure la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement incompatibles avec la prise en charge en EHPAD et qui ont des comorbidités psychiatriques et somatiques.

L'échange avec l'un des médecins de l'établissement de mon lieu de stage met en exergue le profil très complexe des patients et résidents admis dans ces structures. Il s'agit de patients vieillissants dont les demandes d'admission dans les structures dites classiques ont été refusées faute de moyens adéquats de prise en charge. La plupart proviennent du secteur psychiatrique de l'établissement et l'admission en EHPAD constitue la fin de leur parcours (Annexe 4 et 10).

En ce qui concerne l'organisation de parcours spécifiques prioritaires des personnes âgées en intra et inter hospitalier, une des gardes administratives que j'ai pu accompagner en lien avec un des directeurs en poste, a démontré les limites de cette démarche. En effet, un résident de l'EHPAD, contaminé par le coronavirus, a vu son état se dégrader drastiquement (désaturation en oxygène), nécessitant l'intervention du médecin du SMUR. Ce résident n'était pas vacciné contre la COVID. Ce refus, comme expliqué par l'équipe médicale, était conditionné par des troubles délirants en lien avec la maladie psychiatrique. Le médecin du SMUR a refusé son transfert aux urgences en évoquant la possibilité de poursuivre l'alimentation en oxygène en EHPAD et en s'appuyant par ailleurs sur le statut vaccinal du malade. Cette situation met en exergue le stigmate porté par les personnes atteintes de troubles psychiatriques et la perte potentielle de chances en termes de soins qui en découle (Fond, Pauly, Leone, Llorca, Orleans, Loundou, Lancon, Auquier, Baumstarck et Boyer, 2020).

Enfin, un aspect important à souligner dans ces parcours est l'éloignement géographique de l'EHPAD par rapport au site principal implanté dans une des grandes villes du territoire. L'admission dans cette structure médico-sociale de patients anciennement hospitalisés en psychiatrie peut être problématique à plusieurs niveaux. Premièrement, la rupture drastique de l'environnement de la prise en charge de la personne (de l'unité psychiatrique implantée au coeur de la cité³ vers la résidence localisée dans une zone rurale) peut avoir un impact important sur l'accentuation de ses troubles du comportement, en lien avec la nécessité de recréer un certain nombre de rituels sécurisant son quotidien. Ensuite, l'éloignement de la cité affecte les liens sociaux existant (sorties chez la famille, sorties pour effectuer des achats dans les commerces de proximité etc.). Ainsi, Madame T., anciennement hospitalisée en psychiatrie, se plaint que son admission en EHPAD a fragilisé les liens avec sa mère, âgée aujourd'hui de 90 ans. Elle ne peut plus lui rendre visite régulièrement (réseau de transport public défaillant) et ne reçoit plus de visites de sa part. Elle souligne, à plusieurs reprises, son souhait de revenir en ville, vivre en autonomie ou à défaut dans une structure adaptée (Annexe 5).

Comme indiqué dans cette partie, les personnes psychotiques vieillissantes, indépendamment de leurs parcours de vie antérieurs, font face aux risques d'inadéquation et de rupture dans leurs accompagnements, en lien avec les insuffisances de coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social. Par conséquent, dans le chapitre suivant on analysera les efforts de la structuration des parcours de vie déployés par l'établissement de mon lieu de stage, qui nous permettront d'esquisser les perspectives d'évolution.

³ Il convient de souligner que l'établissement, créé au XVII^{ème} siècle, était à l'origine situé en marge de la ville et a été rattrapé par la suite par le progrès de l'urbanisation. Aujourd'hui, il est bien inséré dans la ville notamment par le réseau de transports publics.

3. Efforts de la filiarisation des parcours: structuration progressive des pratiques et perspectives d'évolution

Le stage de professionnalisation dans un établissement public de santé mentale m'a permis d'analyser les efforts visant l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychotiques, vieillissantes. Les initiatives ainsi observées s'inscrivent dans une évolution institutionnelle, que l'établissement traduit dans son actuel projet d'établissement. Néanmoins, leur mise en oeuvre opérationnelle sur le terrain est soit sur une étape initiale et conditionnée par le positionnement des acteurs concernés (à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement), soit demeure dans les grandes lignes des orientations stratégiques non entamées à ce jour.

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes adultes atteintes de troubles psychotiques, l'établissement a procédé à une réorganisation interne en créant une filière d'accompagnement dédié (1). En parallèle, le développement de la filière gériatrique du territoire et le projet de création d'une filière des personnes âgées interne à l'établissement ont contribué à la structuration de parcours des personnes âgées atteintes de troubles psychotiques (2).

3.1. Mise en place de la filière d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique

En 2016, l'établissement procède à la fusion de 3 unités classiques en créant une filière intersectorielle d'hospitalisation prolongée de 63 lits (un axe stratégique de son projet d'établissement 2012-2016). Le constat étant à la base de cette démarche est qu'un nombre important de personnes sont hospitalisées par défaut d'une solution alternative ou d'un projet de vie élaboré en amont. Ainsi, l'objectif est d'établir un parcours prenant sa source à partir des unités d'admission des secteurs de psychiatrie générale, pour mettre en oeuvre des soins spécifiques et pouvoir orienter les patients vers des alternatives à l'hospitalisation temps plein. Il s'agit donc d'organiser une filière de soins permettant de favoriser un flux de patients des unités d'admission ou de réhabilitation vers les unités au long cours à des fins d'orientation vers l'aval (médico-social, social, habitats regroupés, etc...). La mise en place de cette filière s'inscrit dans le cadre posé par le CPOM 2019-2023 de l'établissement: limiter les hospitalisations prolongées aux seules personnes pour lesquelles il s'agit du mode de prise en charge le plus adapté.

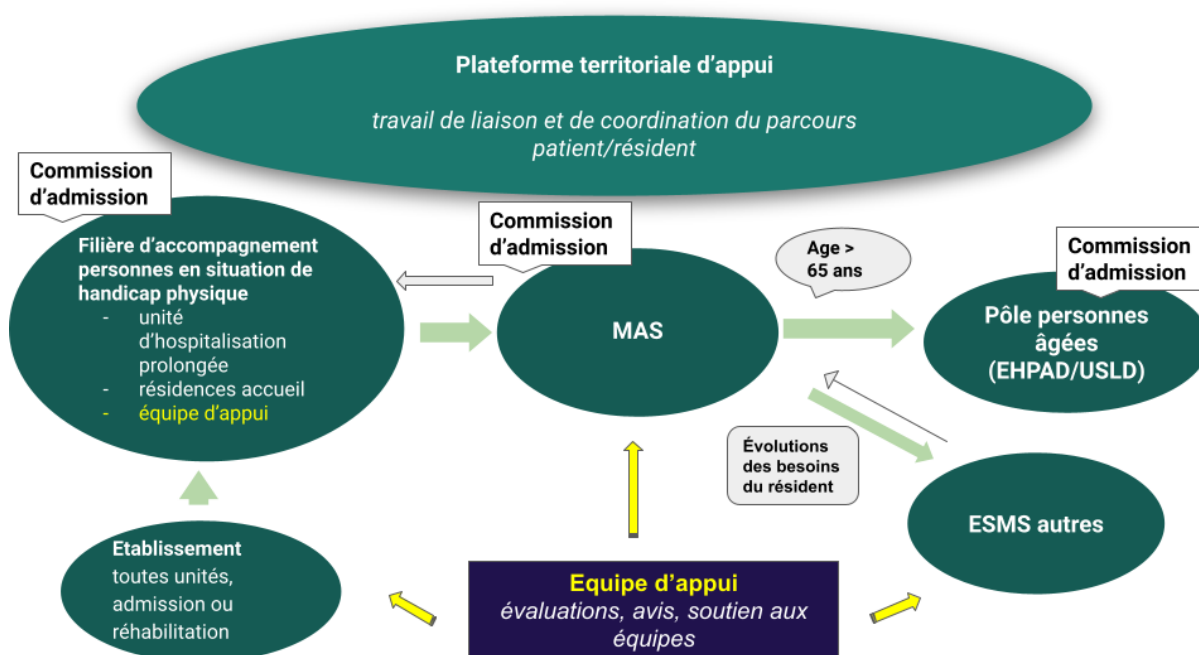
L'admission dans l'unité d'hospitalisation repose sur un certain nombre de critères. Ainsi, sont éligibles les patients entre 18 et 59 ans qui cumulent 292 journées

d'hospitalisation sur une année et qui présentent une haute charge en soins et/ou sont en attente d'une place disponible dans un établissement médico-social (ESMS). Par ailleurs, ces patients doivent avoir les droits ouverts au niveau de la MDPH (AAH ou PCH).

Il est à noter qu'une grande partie des patients admis ont une orientation médico-sociale actée par la CDAPH (Annexe 2). Ainsi, afin que ces orientations puissent se réaliser, une coordination entre le sanitaire et médico-social est primordiale.

Dans l'hypothèse où le patient remplit les critères d'admission dans le secteur médico-social (par exemple en EHPAD ou à la MAS), à la sortie de l'hospitalisation, il sera suivi par les psychiatres de l'unité pendant une période de 6 mois. Ensuite, il sera accompagné par les psychiatres de son secteur. Les passerelles se font également dans l'autre sens. En effet, sur 64 lits de l'unité, 4-6 lits restent libres afin de pouvoir accueillir les anciens patients se trouvant actuellement dans un établissement médico-social (foyer de vie/MAS/EHPAD) et pour lesquels une hospitalisation s'impose. Dans ce cas de figure, le dossier du patient passe devant la commission d'admission de l'unité et non via le circuit classique d'admission sur l'établissement.

Schéma parcours patient/résident



Un axe important du développement des liens entre le secteur sanitaire et médico-social, favorisant ainsi la fluidité des parcours, est le projet du rapprochement de la filière avec la MAS de l'établissement (axe retenu dans le projet d'établissement actuel). En effet, un des sites de cet ESMS est dédié à l'accompagnement des résidents porteurs de handicap psychique, en l'occurrence de personnes atteintes de troubles psychotiques

(Annexe 11). D'après le psychiatre de la filière, la démarche se traduirait notamment par la participation croisée des représentants de deux structures dans leurs commissions d'admission respectives (statut d'invité). Par ailleurs, afin d'assurer une cohérence dans le suivi psychiatrique des personnes concernées, le poste de psychiatre exerçant au sein de la MAS a été affecté sur la ligne budgétaire de l'unité. Il s'agit donc d'un projet de rapprochement entre les deux structures n'impliquant pas d'évolutions en termes de gouvernance.

Cette évolution aura du sens en termes de fluidité des parcours, mais sa mise en oeuvre se heurte aux positionnements divergents des acteurs institutionnels concernés. Le psychiatre de la MAS refuse de participer aux réunions médicales de l'unité et ne les sollicite pas pour les situations complexes de résidents accompagnés sur la MAS. Il convient d'évoquer la situation d'une des résidentes de la MAS, admise sur l'injonction de l'ARS et dont l'accompagnement s'est avéré très complexe, tant en termes des moyens disponibles sur l'établissement, qu'au niveau de la sécurité des autres résidents. Le psychiatre de la filière proposerait d'admettre cette résidente en hospitalisation pendant quelques jours afin d'évaluer son état clinique et, le cas échéant, adapter le traitement médical. Cette proposition resterait sans retour positif de la part du directeur de la MAS (Annexe 2). Deux semaines après son admission en hébergement permanent, la résidente a agressé physiquement une autre résidente (morsure nécessitant une quinzaine points de suture) et alterne aujourd'hui les séjours au domicile de ses parents et à la MAS.

Equipes mobiles d'intervention et d'appui

Afin de favoriser la continuité des parcours des personnes adultes atteintes de troubles psychotiques, l'établissement de mon lieu de stage a déployé deux équipes mobiles psychiatriques sur le territoire.

Premièrement, comme évoqué dans le chapitre précédent, la filière englobe une équipe mobile psychiatrique intervenant au niveau des résidences accueil. L'objectif étant de garantir la continuité de soins au près de lieu de vie de personnes et prévenir ainsi les admissions en hospitalisation.

Ensuite, la filière a déployé une équipe mobile d'appui proposant l'accompagnement des ESMS pour la prise en charge des résidents avec des profils complexes. Cette équipe, composée d'un psychiatre, d'un éducateur spécialisé, d'un assistant social et d'un cadre de santé intervient à la demande des ESMS externes en facilitant, notamment, l'intervention d'autres partenaires du territoire (ex. les équipes mobiles spécialisées intervenant auprès des résidents autistes). Par ailleurs, cette équipe est mobilisée dans le processus

d'admission et participe aux réunions de synthèse de la filière (pistes d'orientations et d'aménagements des projets de soins).

Enfin, l'échange avec le psychiatre de la filière a mis en lumière le projet d'évolution de l'offre en cours (Annexe 2). En effet, il est prévu de fermer une des unités de 20 lits afin de pouvoir déployer une équipe mobile ACT (ang. *assertive community treatment*), intervenant à domicile des personnes. Le concept d'*assertive community treatment*, ou suivi intensif dans la communauté, permet d'intervenir dans la cité, auprès des personnes souffrant de troubles mentaux sévères dans l'objectif d'améliorer leur autonomie, maintenir la stabilité résidentielle, ainsi qu'éviter les besoins en hospitalisation. D'après Philippe Huguelet qui a analysé les résultats de l'expérimentation à Genève, l'intervention des équipes mobiles a démontré son efficacité. En effet, l'état de santé des personnes suivies s'améliore au niveau de la plupart des paramètres cliniques observés. Par ailleurs, il est souligné que l'intervention des équipes mobile permet de diminuer la charge globale d'accompagnement portée par les proches-aidants. Il s'agit d'un soulagement dans l'aide à porter au quotidien, ainsi que de la diminution de la charge financière, se traduisant *in fine* par une diminution de la détresse émotionnelle (Huguelet, 2012, p. 209). Ainsi, cette équipe complètera l'éventail des dispositifs présents sur le territoire en déployant les interventions auprès des adultes affectés par les troubles psychotiques vivant à domicile.

Par ailleurs, la filière propose également des initiatives favorisant les temps d'échanges entre les acteurs différents de son territoire. En effet, en février 2017, une plateforme pluripartenariale a été mise en place réunissant une fois par mois les professionnels de la filière, les ESMS du territoire (y compris ceux adossés à l'établissement) et la MDPH. En lien avec les postes médicaux vacants sur la filière, les réunions ont été suspendues depuis début 2019, situation qui s'est prolongée en lien avec la crise sanitaire l'année suivante. Vu le caractère facilitant de la plateforme, perçue comme un outil de coordination et de fluidification, la réactivation des réunions est identifiée comme prioritaire.

À la lumière de ce qui a été exposé, on peut donc considérer que l'établissement de mon lieu de stage met en place une logique de filière visant la continuité des parcours des personnes atteintes de troubles psychotiques vieillissantes. Cette démarche permet, notamment, de réinterroger les prises en charge actuelles et de réduire le nombre d'hospitalisations inadéquates. Le cas échéant, elle permet d'envisager une réorientation du patient vers un lieu de vie, soit vers le secteur médico-social, soit, si la situation clinique le permet, vers le milieu ordinaire. Le projet de mise en place de la filière, bien identifié au niveau des orientations institutionnelles (PTSM, projet de l'établissement actuel, CPOM de l'établissement et de la MAS, projet de service de la filière), contribuerait par ailleurs à l'amélioration de la qualité de vie et de la prise en charge de cette population. En effet, la filière ainsi dessinée, réunissant les partenaires sanitaires, y compris ambulatoires, et

médico-sociaux, pourrait concourir à la réduction du délai d'accès aux soins psychiatriques, à la diminution du recours à l'hospitalisation et par conséquent de l'institutionnalisation au long cours. Il n'en demeure pas moins que sa mise en oeuvre opérationnelle, à part son inscription parmi les objectifs institutionnels prioritaires, nécessite un accord partagé entre les acteurs principaux concernés, la structuration via les protocoles et les procédures correspondants, ainsi que le déploiement de moyens en termes de ressources humaines.

Enfin, son avancement semble être soutenu par les initiatives portées tant au niveau national qu'au niveau régional, comme par exemple le déploiement du programme "1 chez soi d'abord" permettant aux personnes sans abris et souffrant de troubles psychiques, d'accéder directement à un logement dans la cité et d'être accompagnés vers la réinsertion.

La mise en place de la filière dédiée aux personnes adultes atteintes de troubles psychotiques constitue une étape importante permettant de mieux répondre à leurs besoins. La structuration d'accompagnement de la perte d'autonomie liée au vieillissement constitue une autre problématique dont les enjeux seront présentés dans la partie suivante

3.2. Efforts de la filiarisation de l'accompagnement des personnes psychotiques vieillissantes

L'organisation de l'accompagnement du vieillissement des personnes atteintes de troubles psychotiques sera abordée sur deux niveaux: territorial et interne à l'établissement.

Mise en place d'une filière gériatrique du territoire

Comme évoqué dans le deuxième chapitre, la démarche de mise en oeuvre opérationnelle d'une filière gériatrique inter-établissement sur le territoire, qui implique le déploiement d'une équipe mobile gérontopsychiatrique sur 3 secteurs de psychiatrie, ainsi que d'une équipe mobile intersectorielle d'appui et d'évaluation gérontopsychiatrique, contribuerait à l'amélioration des parcours des personnes psychotiques vieillissantes à domicile. Rappelons que l'objectif principal de cette filière est de prendre en charge les problèmes psychogériatriques des personnes âgées. A priori, elle s'adresserait donc aux personnes âgées avec des antécédents psychotiques.

Un point est néanmoins à relever: la visibilité et la compréhension du fonctionnement de l'équipe mobile gérontopsychiatrique par l'ensemble des partenaires du territoire. Une des CSS m'a fait part de son histoire personnelle concernant la prise en charge de son père:

"Tout a été mis en échec par rapport au domicile. On m'a donnée les coordonnées de la PTA qui devrait se mettre en lien avec l'équipe mobile d'intervention. Il s'est avéré que

l'orientation doit être faite par un médecin, or il [NDA: médecin traitant] ne le voulait pas. Ça ne me paraît pas être simple. Il y a d'énormes besoins par rapport à notre population vieillissante et ces personnes, lors des événements marquants ou accidents de vie, peuvent faire des dépressions graves, et à un moment, ça débloque sur le versus délirant, paranoïaque et persécutif. C'est le cas de mon père qui, par ailleurs, refuse toute prise en charge (Annexe 6)".

Toujours dans le cadre de la filière gériatrique du territoire, l'établissement de mon lieu de stage propose une prise en charge dans un hôpital de jour en permettant d'éviter les hospitalisations complètes, complétant ainsi le dispositif gradué de la prise en charge gérontopsychiatrique.

Efforts de la filiarisation au sein de l'établissement

À la différence des projets déployés et en cours autour de la filière de l'hospitalisation prolongée ou encore ceux existants dans le cadre de la filière gériatrique du territoire, les efforts de l'établissement de mon lieu de stage quant à la filiarisation interne de la prise en charge des personnes âgées avec les antécédents psychotiques, ne se sont pas concrétisés à ce stade.

Sur le plan institutionnel, le projet d'établissement actuel englobe plusieurs niveaux de structuration du parcours des personnes âgées avec des troubles psychiatriques. Il s'agit, notamment, de renforcer les liens entre la psychiatrie et l'EHPAD et l'USLD, le pôle Personnes âgées (passages médicaux pour des avis psychiatriques, formation du personnel dans ce domaine), ainsi que de créer une filière spécifique et intersectorielle de psychiatrie de la personne âgée, à l'instar de ce qui a pu être fait pour les patients adultes avec des troubles psychiatriques.

D'après un des médecins de l'établissement, la mise en place de cette filière est une condition *sine qua non* pour qu'on puisse parler d'un parcours structuré des personnes âgées avec des antécédents psychotiques. Il émet néanmoins des réserves quant à sa faisabilité dans un futur proche:

"Pour moi, pour parler de la filière gériatrique et des collaborations diverses (NDA: entre le sanitaire et médico-social), il faut d'abord créer les filières gériatriques sanitaires. (...) Il y a actuellement une tentative de créer quelque chose de nouveau de gérontopsychiatrie. (...) Mais il faut que ça soit étendu sur l'ensemble de l'hôpital. Il y a une résistance [des médecins] car c'est quelque chose qui ne crée pas des lits, il faut les donner". (Annexe 4).

En attendant la formalisation et la mise en oeuvre de cette démarche, les entretiens et les observations que j'ai pu mener sur mon stage de professionnalisation m'ont permis de retracer l'ensemble des pratiques témoignant des efforts des professionnels de terrain pour la filiarisation de la prise en charge des personnes âgées avec des antécédents psychotiques.

Les admissions en USLD ou en EHPAD, quand le profil clinique et l'âge le permettent, se font sur la base d'une décision médicale, formalisée au niveau de l'EHPAD via la commission d'admission. Les patients et résidents admis proviennent soit du secteur sanitaire soit de la MAS de l'établissement

S'agissant de l'EHPAD, pendant les 6 mois suivant leur admission, les résidents bénéficient d'une prise en charge psychiatrique par les psychiatres de leur secteur d'origine. Par la suite, l'intervention des psychiatres du secteur du nouveau domicile est valable, notamment via l'équipe mobile gérontopsychiatrique. Dans les situations de décompensation, une consultation en urgence peut avoir lieu, et par défaut une hospitalisation en service de psychiatrie générale (Annexe 4). Au niveau de l'USLD, le suivi psychiatrique des patients reste assuré par les psychiatres du secteur d'origine.

En fonction de l'évolution de l'état clinique des résidents, notamment si une altération sur le plan somatique est diagnostiquée, ceux-ci peuvent être transférés vers l'USLD. Si besoin, ce service propose également les soins palliatifs adaptés pour les personnes avec des troubles du comportement.

Il est à noter que les décisions du transfert entre l'EHPAD et l'USLD, même si pertinentes sur la plan clinique, ont soulevé plusieurs questionnements de la part des familles des résidents. Ainsi, une des représentantes des familles au CVS a partagé une analyse et les observations suivantes:

“On s'est battu pour que les résidents en fin de vie restent sur l'EHPAD et qu'on mette en place l'HAD. C'est leur lieu de vie et ils souhaitent mourir ici. C'était très mal vu par la direction et par les médecins. Systématiquement, ils étaient transférés à l'USLD. Il y a eu même des gens qu'ils sont morts lors des transferts. C'était insupportable. Pour moi leur intérêt [NAD: direction et médecins] était de faire tourner la machine, remplir l'USLD. Si les familles ne se présentent pas, les résidents restent en USLD. Pour ma maman, on s'est battu et on a mis en place l'HAD le jour où elle est décédée” (Annexe 7).

Projet de la relocalisation de 40 places de l'EHPAD

Un autre aspect, cette fois-ci en lien avec l'éloignement géographique des sites de l'EHPAD, mérite d'être évoqué. En lien avec le déficit financier structurel de l'EHPAD et suite

à l'intervention des autorités de tutelle, la direction de l'établissement a pris la décision de relocaliser un des sites, celui le plus éloigné (20 km), sur le site principal de l'établissement. Le projet prévoit l'extension du bâtiment de l'USLD permettant en même temps de procéder à la rénovation des chambres existantes de ce service. Le nouveau site de l'EHPAD serait donc implanté au coeur de la cité, au sein du site principal, mais avec une entrée indépendante pour les visiteurs et intervenants de l'extérieur.

Au moment où les politiques publiques se focalisent davantage sur la promotion du concept d'un EHPAD hors des murs, l'établissement de mon lieu de stage fait le choix de relocaliser son EHPAD, vers son site principal, au coeur de la cité. Plusieurs raisons, au-delà des aspects financiers, semblent justifier cette démarche.

En effet, certaines personnes atteintes de troubles psychotiques ne sont pas en capacité de vivre à domicile du fait de leurs état de santé et leur forte dépendance. Ainsi, hospitalisés depuis nombreuses années, ils nécessitent à un moment donné la poursuite de la prise en charge institutionnalisée dans le secteur médico-social. Pour la plupart des résidents en provenance du secteur psychiatrique de l'établissement, il s'agirait donc d'assurer une continuité en terme d'environnement architectural, permettant de conserver les repères acquis pendant les longues années d'hospitalisation, et de préserver leurs comportements ritualisés. Par ailleurs, la localisation de l'EHPAD sur le site de l'établissement permettra aux résidents de bénéficier de ses espaces: espaces verts, bibliothèque, service d'aumônerie, banque du service des majeurs protégés, CSTC, salon de coiffure, etc. Sans oublier plus de souplesse pour les sorties autonomes ou accompagnées en ville. Ce dernier élément a été notamment évoqué par Madame T., une des résidentes de l'EHPAD concernée par le projet et anciennement hospitalisée en psychiatrie (Annexe 5).

Par ailleurs, d'après un des médecins de l'établissement, la proximité géographique de l'EHPAD avec les services psychiatriques et l'USLD permettrait d'affiner son orientation psychiatrique, ce qui aidera, à son tour, au développement de la formation des professionnels (Annexe 4).

Une partie des familles émet néanmoins des réserves quant à la pertinence de ce rapprochement. La représentante des familles au CVS s'est exprimée ainsi:

“C'est une ouverture mais on peut également dire que c'est très enfermant. Sur le site externe, même si l'accès à l'extérieur est limité, on a au moins l'impression qu'on est en dehors de la psychiatrie. J'imagine que pour les résidents ce n'est pas trop mal, mais pas pour les familles. Elles ont connu la psychiatrie et elles retournent en psychiatrie. L'argument c'est que ça sera plus facile pour l'USLD. Et par conséquent, de mettre les résidents en USLD. Peut être structurellement c'est plus intéressant, mais dans la symbolique, je trouve ça épouvantable” (Annexe 7).

Les efforts visant la structuration des parcours des personnes âgées avec des antécédents psychotiques présentées ci-dessus constituent une complémentarité de fait entre les projets des services et des établissements concernés. Même si ces démarches n'ont pas données lieu à la mise en place de procédures ou protocoles dédiés, elles s'inscrivent dans une grande majorité dans les objectifs de mise en place des filières, y compris des filières gériatriques.

3.3. Perspectives d'évolution

Même si le constat sur l'intérêt des filières dans l'amélioration des parcours des personnes avec des troubles psychotiques est largement partagé, sa construction et sa mise en oeuvre nécessitent au préalable un certain nombre d'évolutions. En effet, il s'agit des démarches visant la structuration interne des pratiques observées sur le terrain permettant par la suite d'affirmer et consolider le positionnement de l'établissement à l'échelle du territoire.

Structuration interne

Afin de rendre atteignables ces objectifs ambitieux, l'établissement devrait opérer un certain nombre de choix au niveau de son organisation interne.

Comme évoqué précédemment, un certain nombre de pratiques témoignent des efforts de la filiarisation de la prise en charge des personnes âgées avec des antécédents psychotiques. Il conviendrait, afin de maintenir et formaliser ces initiatives, d'élaborer les procédures et les protocoles engageant l'ensemble des acteurs concernés et permettant ainsi de sécuriser le parcours des personnes malades. Cela possiblement dans le cadre d'une filière personnes âgées réunissant les secteurs sanitaire et médico-social. Par ailleurs, cette structuration nécessiterait une retranscription au niveau du projet d'établissement, des contrats de pôle ainsi que des projets de service concernés. Cela semble d'autant plus important dans le contexte du rapprochement géographique de l'EHPAD et de l'USLD.

Au niveau de la gouvernance, il conviendrait de mettre en place un pôle médico-social réunissant le pôle handicap et le pôle personnes âgées actuels. Cette démarche contribuerait à la cohérence dans la gouvernance et le développement possible d'un projet médico-social transversal, unique pour deux secteurs (EHPAD et MAS). Cela permettrait par ailleurs de mieux structurer les filières intra hospitalière, et de les rendre opérationnelles sur le terrain. Par conséquent, l'évolution envisagée aiderait à fluidifier les parcours entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Comme s'agissant de toute évolution organisationnelle, certains risques sont nécessairement à prendre en compte. Il s'agit notamment de la composition et des modalités

de fonctionnement des commissions d'admission respectives de l'EHPAD et de la MAS. En effet, la commission de la MAS semble plus pluridisciplinaire dans sa composition, permettant ainsi d'avoir un regard croisé et une expertise complémentaire des professionnels différents (médecin, psychologue, assistante sociale, moniteurs éducateurs, aide-soignant). Ainsi, il semblerait que la pluridisciplinarité des commissions d'admission permet de mieux prendre en compte l'ensemble des besoins des personnes concernées.

Positionnement au sein du territoire

Établissement

Le positionnement de l'établissement à l'échelle du territoire, notamment dans le domaine du suivi des patients avec des antécédents psychotiques, semble confirmé. En effet, le PTSM évoque son rôle dans le développement et la structuration des dispositifs de réhabilitation psychosociale en collaboration avec les acteurs de proximité, ou encore dans l'organisation des modalités graduées de réponses aux troubles psychiatriques des personnes âgées (via co-construction de la filière gériatrique inter établissement). Comme évoqué précédemment, cette dernière ambition, retranscrite dans le projet d'établissement actuel, consisterait à mettre en place une filière spécifique et intersectorielle de psychiatrie de la personne âgée. Cette filière se baserait sur une prise en charge graduelle:

- niveau 1 - Centre Médico Psychologique/Hôpital de jour dédié
- niveau 2 - Hôpital de jour évaluatif, lits temporaires intersectoriels, équipe type PAERPA
- niveau 3 - centre ressource référent régional en psychiatrie de la personne âgée

Concernant les modalités d'intervention en ambulatoire et afin de prendre en compte les besoins des personnes atteintes de troubles psychotiques, il conviendrait de s'interroger sur les critères d'intervention de l'équipe mobile intersectorielle d'appui et d'évaluation, s'adressant actuellement à la population au-dessus de 75 ans. En effet, l'échange avec un médecin impliqué dans ce dispositif met en lumière une part non-négligeable de population de moins de 70 ans prise en charge à titre dérogatoire (14%). Même en l'absence de données tangibles, on peut imaginer que certaines des personnes suivies sont concernées par des troubles psychotiques. Il serait donc judicieux de réévaluer le critère d'âge qui ne permet pas actuellement d'adresser les besoins de toutes les personnes vieillissantes concernées par des troubles psychiatriques. Enfin, dans l'objectif de faciliter la prise en charge des personnes avec des antécédents psychotiques dans les EHPAD dits classiques, l'élargissement de l'intervention de l'équipe mobile aux EHPAD est en cours de réflexion (réponse à l'AAP).

Un autre accent doit être mis sur les besoins en formation des professionnels du secteur médico-social. Pour rappel, un des objectifs des équipes mobiles d'intervention est la sensibilisation des soignants des EHPAD aux pathologies psychiatriques. Cela dans l'objectif de renforcer leur capacité de réponse face aux situations rencontrées sur le terrain, avec la distance et la posture nécessaires. En outre, le recrutement d'IPA, formés en psychiatrie du sujet âgé et assurant un suivi des résidents et une interface avec les professionnels des EHPAD, semble intéressant (Dehelle, Frelin, Richard, 2020 p. 27).

EHPAD

En ce qui concerne le positionnement de l'EHPAD, il est important de valoriser son activité et son expertise au sein du territoire. Cela se fait, bien évidemment, via le financement adéquat corrélé avec les coupes PATHOS prenant en compte les profils complexes des résidents accueillis. Ensuite, il est souhaitable que l'EHPAD puisse se positionner en tant que centre de ressources territorial pour les personnes âgées, dont les missions ont été définies récemment dans un cahier des charges (arrêté de 2022). Ces centres seront amenés, notamment, à proposer une fonction d'appui en apportant un soutien tant humain que logistique aux différents acteurs du territoire (aides à domicile, autres EHPAD). Par ailleurs, ils seront amenés à proposer l'accompagnement aux personnes âgées en perte d'autonomie souhaitant rester à domicile plutôt que d'entrer en établissement, en soulageant ainsi la charge d'accompagnement des proches aidants.

Toutes ces évolutions, notamment au niveau de l'inclusion dans le milieu ordinaire et du virage ambulatoire, contribueront à la structuration des parcours et l'amélioration de la qualité de vie des personnes vieillissantes avec des antécédents psychotiques.

Toutefois, pour certaines personnes dont les besoins de prise en charge sont plus spécifiques, le maintien dans les structures plus spécialisées semble nécessaire. Déjà en début des années 2000, les États Généraux de la Psychiatrie ont pu alerter sur ce sujet. Le plan d'actions pour la psychiatrie et la promotion de la santé mentale préconise en effet la mise en place et le maintien des structures d'hébergement capables d'accueillir les handicapés psychiques âgés (Clery-Melin, Kovess, Pascal, 2003, p. 69).

Le positionnement des pouvoirs publics à cet égard reste ambivalent. Dans un interview paru dans le Journal du Médecin Coordonnateur en début de cette année, la directrice de l'autonomie au sein de l'ARS Ile-de-France insistait sur la nécessité de faire évoluer les EHPAD pour prendre en compte les besoins des résidents atteints de troubles psychiatriques. Il est question, notamment, de créer des unités spécifiques dédiées à ce public, qui seraient bien entendu ouvertes sur l'ensemble de l'établissement, mais permettraient de proposer un lieu protecteur (Bilger, 2022). Par ailleurs, un des responsables au sein de la délégation départementale de l'ARS de mon lieu de stage a clairement souligné

que leur volonté est de ne pas avoir d'EHPAD dits spécialisés. Il a précisé que l'EHPAD de mon lieu de stage n'a pas vocation à accueillir une filière psychiatrique de personnes âgées et que, par ailleurs, son financement n'y correspond pas. L'ensemble des EHPAD du territoire est censé accueillir les personnes âgées le nécessitant, peu importe le profil clinique de ses dernières (Annexe 8).

Il serait donc intéressant, pour l'EHPAD de mon lieu de stage, de continuer à porter l'expertise dans la prise en charge des personnes avec des antécédents psychotiques, en veillant à diversifier les admissions au-delà de la filière psychiatrique de l'établissement.

USLD

En ce qui concerne l'USLD, une réflexion quant à l'évolution de son statut est également d'actualité. En effet, le rapport des professeurs Jeandel et Guerin évoque la nécessité de faire évoluer l'offre par la création d'unités de soins prolongés complexes (USPC), à vocation strictement sanitaire, et le regroupement de l'offre d'hébergement médicalisé des personnes âgées (Jeandel, Guerin, 2021, p.29).

S'agissant des patients âgés nécessitant la poursuite de l'hospitalisation, une réflexion sur la mise en place de centres experts interdépartementaux spécifiques est actuellement en cours. Ces centres inter-sectoriels proposeraient un accompagnement pour les patients âgés présentant des troubles du comportement en lien avec les pathologies psychiatriques vieillissantes (psychose en particulier), tout en tenant compte des soins somatiques nécessaires (synthèse de la réunion médicale régionale multidisciplinaire, 2021).

Enfin, parmi les défis à adresser, il convient de citer l'attractivité fragile des métiers du médico-social et notamment des AES en lien avec la montée en compétences et la revalorisation des AS. Le contexte interne à l'établissement n'est pas non plus favorable à la mobilisation des professionnels autour de la structuration des parcours des patients et des résidents. Les représentations du pôle personnes âgées sont peu favorables et l'exercice dans le secteur médico-social continue d'être considéré comme une porte d'entrée dans le secteur psychiatrique. Cette dernière question semble néanmoins être adressée par la mise en place des lignes directrices de gestion, valorisant le parcours dans ce secteur, dans le cadre de l'avancement de grade. Par ailleurs, les relations entre l'établissement le CHU semblent être perfectibles. Les attentes de professionnels des deux structures visent une plus grande réactivité de la psychiatrie dans la gestion des urgences, et l'accès aux urgences psychiatriques du CHU en cas de tensions sur les lits de psychiatrie.

Conclusion

Les efforts de la filiarisation de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychotiques vieillissantes sont bien identifiables au sein de l'établissement de mon lieu de stage. Leur objectif, favoriser les passerelles entre les secteurs sanitaires et médico-social dans le respect des parcours de vie des personnes concernées, s'intègre dans les valeurs partagées par l'ensemble des professionnels rencontrés sur le terrain.

Si on conçoit les filières, y compris les filières gériatriques, comme une forme organisée de parcours englobant une succession d'étapes de la prise en charge, et adressant d'une manière pertinente les besoins de la personne, les efforts et initiatives déployés sur l'établissement s'inscrivent dans ce concept.

En effet, l'évolution de la filière de l'hospitalisation de longue durée, avec le développement des équipes mobiles et le souhait de rapprochement avec la MAS de l'établissement, traduit la volonté de proposer un accompagnement adapté à l'état clinique et au projet de vie des personnes atteintes de troubles psychotiques. Son objectif est de circonscrire le périmètre de l'hospitalisation prolongée en questionnant sa pertinence au vue de l'état clinique des patients. Ainsi, les personnes en capacité de vivre en autonomie sont accompagnées par les professionnels au plus près de leur domicile. En revanche, celles qui nécessitent des soins plus accentués sont prises en charge en hospitalisation permettant une évaluation, l'adaptation du traitement et un accompagnement vers la construction de la suite du parcours. Ces efforts de filiarisation ont été intégrés dans les documents stratégiques du territoire (PTSM), ainsi que dans le projet d'établissement.

Quant au parcours des personnes avec des troubles psychotiques vieillissantes, les initiatives du secteur gérontopsychiatrique, notamment les équipes mobiles d'intervention, d'appui et d'évaluation, se sont inscrites dans un cadre territorial via la filière gériatrique inter-établissement. Leur pérennisation et leur développement sont par ailleurs confirmés dans le projet d'établissement. Concernant le pôle personnes âgées et ses liens avec le secteur psychiatrique, les passerelles, informelles pour l'instant, se forment en lien avec le développement des pratiques professionnelles. Il est à souligner que les admissions en EHPAD des patients en provenance du secteur permettent d'assurer une continuité des parcours et le retour de ces personnes dans le droit commun. Il n'en demeure pas moins que la filiarisation ainsi définie ne permet pas de garantir la sécurisation des parcours et notamment leurs évolutions en fonction des capacités et des désirs des personnes concernées par la maladie (cas de Madame T.). Ainsi, un des objectifs de la gouvernance serait de faire consolider ces pratiques via la mise en place d'une filière personne âgée, associant les secteurs sanitaire et médico-social de l'établissement, basée sur un cadre défini dans les procédures.

Enfin, il semble que le projet de relocalisation de 40 places de l'EHPAD sur le site principal de l'établissement corresponde à l'objectif de structuration des parcours des personnes psychotiques. Malgré sa future implantation géographique, clairement en décalage avec le discours des politiques publiques récentes (EHPAD hors les murs), l'accueil des résidents majoritairement en provenance du secteur psychiatrique au cœur de la ville semble être en phase avec la continuité de leur trajectoire de vie. Par contre, il semble important de poser un certain nombre de conditions, afin que le projet en question puisse améliorer les conditions d'accompagnement des personnes âgées avec des antécédents psychotiques. Premièrement, sa conception architecturale doit prendre en compte la nécessité de l'ouverture vers l'extérieur afin de garantir l'inclusion des résidents dans la cité. Ensuite, il convient d'être vigilant à ce que la localisation projetée de l'EHPAD, en extension du bâtiment de l'USLD, ne compromette pas l'exercice des droits et libertés des résidents d'une structure médico-sociale. Enfin, la proximité de l'hôpital psychiatrique ne doit pas compromettre l'ouverture de l'établissement sur l'ensemble du territoire.

Ainsi, l'ensemble des initiatives citées ci-dessus semble contribuer à l'amélioration de la qualité et à l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale du territoire. Par ailleurs, la filiarisation de la prise en charge qui se met en place, réunissant les secteurs sanitaire et médico-social, permet de faire évoluer l'accompagnement proposé aux personnes atteintes de troubles psychotiques.

Dans la perspective du vieillissement accéléré de la population et de la prévalence importante des troubles psychotiques, il paraît nécessaire de questionner l'organisation actuelle de l'offre basée sur les EHPAD dits classique et les EHPAD spécialisés dans la prise en charge des profils complexes (souvent adossés à un établissement de santé mentale). Il est vrai que le paysage de l'offre actuelle favorise une stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychotiques et empêche les voies d'inclusion. Il serait par conséquent judicieux d'envisager le développement d'unités spécifiques dans plusieurs EHPAD du territoire, permettant d'accueillir ce public.

Enfin, les représentations des troubles psychotiques au sein de la population, et la stigmatisation en découlant, mettent en exergue la nécessité d'un travail de communication et d'éducation approfondi permettant de porter une information claire, juste et adaptée quant aux troubles psychotiques. L'importance de ce volet ressort notamment du diagnostic territorial mené par un centre référent régional en réhabilitation psychosociale:

“Le principal élément que les personnes concernées voudraient voir s'améliorer est la stigmatisation dont ils sont victimes et qui a plusieurs conséquences, comme l'exclusion (“c'est un truc de l'ordre : “tu es malade psychique, tu es pestiféré”. Il y a vraiment une peur que ce soit contagieux”), le discrédit (“ils nous disent, vous avez cette pathologie-là, vous n'êtes pas capables”) ou l'infantilisation (“quand on est en psychiatrie, c'est une impression,

mais on est infantilisé. Je pense que ça ne nous aide pas à sortir de la maladie parce qu'on se dit, de toute façon, ils seront toujours derrière") - Paroles des usagers: diagnostic territorial d'un Centre Référent Régional en Réhabilitation psychosociale, 2021.

Il convient de souligner que le travail mené dans le cadre de ce mémoire mérite d'être approfondi afin de pouvoir apporter la réponse la plus adaptée aux enjeux posés par le parcours des personnes vieillissantes. Il s'agit notamment de l'analyse des données sur la file active de l'équipe mobile intersectorielle d'appui et d'évaluation permettant de mieux cerner son périmètre d'intervention et son intérêt dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychotiques.

Bibliographie

Ouvrages:

M. Benoit: Particularités du suicide chez la personne âgée, Philippe Courtet éd., Suicides et tentatives de suicide, Lavoisier, 2010, p. 181 - 185

Y. Jeanne: Vieillir handicapé, Érès, 2011

J. Raimondeau et al.: L'épreuve de Santé Publique, Presses de l'EHESP, 2020

G. Zribi: Le vieillissement des personnes handicapées mentales, Presses de l'EHESP, 2017

Articles:

J. Benarosch: Vieillissement et handicap psychique, Pratiques en santé mentale, vol. 66, no. 1, 2020, p. 3 - 4

A. Bernard, N. Martinez: Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé; qualité de vie. Revue française des affaires sociales, no. 2, 2005, p. 295 - 333

M. Coldefy, C. Gandré: Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Questions d'économie de la santé, n° 237, 2018, p. 1 - 6

M. Coldefy, C. Nestrigue: L'hospitalisation au long cours en psychiatrie: analyse et déterminants de la variabilité territoriale. Questions d'économie de la santé, n° 202, 2014, p. 1 - 6

J.R.M Copeland: Schizophrénia and delusional disorder in older age - community prevalence, incidence, comorbidity and outcome, Schizophrenia bulletin n° 1, 1998, p. 153 - 161

C.W. Colton, R.W. Manderscheid: Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Preventive Chronic Disease, n° 3, 2006, p. 1-14

S. De Beranger: Maladies psychiques et vieillissement. Vieillir, oui !... Mais où ? Empan, vol. 52, n° 4, p. 148 - 152

P. Deegan: Recovery as A Journey of the Heart. Psychiatric rehabilitation journal, vol.19 , n° 3, 1996, p. 91-97

A. Dehelle, F. Frelin, M-J Richard: Vieillir lorsqu'on est en situation du handicap psychique. Pratiques en santé mentale, vol. 66, n° 1, p. 24 - 29

G.A. Doody, E.C. Johnstone, T.L. Sanderson et al.: "Ppropfschizophrene" revisited: schizophrenia in people with mild learning disability, British Journal of Psychiatry, vol. 173, 1998, p. 145-153.

G. Fond, V. Pauly, M. Leone, P.-M. Llorca, V. Orleans, A. Loundou, C. Lancon, P. Auquier, K. Baumstarck, L. Boyer: Disparities in Intensive Care Unit Admission and Mortality Among Patients With Schizophrenia and COVID-19: A National Cohort Study, Schizophrenia Bulletin, n° 3, 2021, p. 624 - 634

E. Goffman: Les usages sociaux des handicaps, Les Editions de Minuit, 1975

G. Jovelet: Psychose et vieillissement. L'information psychiatrique, vol. 86, n° 1, 2010, p. 39 - 47

G. Jovelet, C. Hanon: Perspectives cliniques et institutionnelles. Pratiques en santé mentale, n°1, 2020, p. 6 - 13

C. Hanon: La psychiatrie du sujet âgé: mythe ou réalité ? Le Carnet PSY, n° 180, 2014, p. 31 - 35

P. Huguelet: Patients souffrant de troubles psychiques sévères suivis par une équipe mobile: impact sur leurs familles, L'Encéphale, vol. 38, 2012, p. 201-210

A. Mercier, A. Cramoisan: Les patients psychotiques vieillissants: Quelques considérations sur la psychose et le vieillissement, à partir d'une expérience dans un foyer psychiatrique de post-cure pour patients psychotiques graves, Pratiques en santé mentale, n° 1, 2020 p. 18 - 23

J. Ozenne: Le vieillissement peut-il être un facteur de rétablissement? Pratiques en santé mentale, n° 1, 2020, p. 40 - 45

J-P Tachon: Il y a 50 ans... en France et dans l'Information psychiatrique, L'information psychiatrique, vol. 86, n° 3, 2010, p. 259 - 267

G. Thornicroft: Physical Health Disparities and Mental Illness: The Scandal of Premature Mortality. The British Journal of Psychiatry, n° 6, 2011, p. 441-442

Rapports/ littérature grise:

Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées

Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, les 27 et 28 septembre 2021, dossier de presse

Bilan du fonctionnement l'unité d'hospitalisation prolongée, août 2020

Circulaire du 18 janvier 1960 relative à l'action sociale en faveur des personnes âgées

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

Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière des soins gériatriques

Conclusions du comité des droits des personnes handicapées de l'ONU suite à l'audition de la délégation française (14 septembre 2021)

Diagnostic territorial des ressources et besoins en réhabilitation psychosociale, 2021

Feuille de route santé mentale et psychiatrie, 28 juin 2018

Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023, 17 mars 2022

Feuille de route maladies neurodégénératives 2021-2022, 2 juin 2021

INSEE Femmes et hommes, l'égalité en question – Insee Références – Édition 2022

Insee, DGFIP, Cnaf, Cnav, CCMSA: Enquête revenus fiscaux et sociaux 2015 à 2019, modèle Ines 2020 (ERFS 2019 actualisée)

Instruction interministérielle N° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A1- 3/2021/134 du 24 juin 2021 relative au déploiement d'unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe adossées à des établissements médico-sociaux dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018- 2022

Instruction ministérielle n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires

Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Modèle de projection démographique Omphale 2010, INSEE Méthodes n° 124 - février 2011

Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012

Projet de service de l'EHPAD de l'établissement

Pr Claude Jeandel, Pr Olivier Guerin, Rapport de mission sur l'EHPAD et l'USLD: 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, Juin 2021

Tableaux de l'économie française, Collection Insee Références, édition 2020

Autres:

I. Bilger: Défis psychiatriques en EHPAD, Le Journal du Médecin Coordonnateur, 9 février 2022

<https://www.ehpa Presse.fr/actualite/defi-psychiatrique-en-ehpad-entretien-avec-isabelle-bilger/>

"Chroniques en Psychiatrie": Bernard série de podcasts de la Fondation FondaMental

<https://www.fondation-fondamental.org/chroniques-en-psychiatrie-bernard>

"La bipolarité, mes managers et moi", Association Clubhouse France, 11 mars 2020

<https://www.youtube.com/watch?v=DhuxATGBL9A>

V. Lespez: Patients psychiatriques âgées: admettre la complexité de l'accompagnement. 21 mars 2022, Gerontonews

Maladies neurodégénératives, Santé Publique France, dossier thématique, juin 2019

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives>

Parcours de soins, prise en charge multidisciplinaire de la psychose, synthèse de la réunion médicale régionale multidisciplinaire, 8 septembre 2021

P. Clery-Melin, V. Kovess, J-C. Pascal, Plan d'actions pour la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, 2003.

S'informer sur le troubles mentaux - troubles psychotiques, portail du gouvernement de Québec, 2 mai 2022

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/troubles-psychotiques#:~:text=Les%20troubles%20psychotiques%20affectent%20le,autres%20personnes%20manipulent%20ses%20pens%C3%A9es>

Tout le monde en parle avec Luc Vigneault, 5 mai 2013

https://www.youtube.com/watch?v=Lpdm9ITAR_I

Liste des annexes

- I. Grille d'analyse de l'entretien avec un des cadres supérieurs de santé
- II. Grille d'analyse de l'entretien avec un des médecins de la filière d'hospitalisation prolongée.
- III. Grille d'analyse de l'entretien avec le médecin en charge de l'équipe mobile intersectorielle d'appui et d'évaluation
- IV. Entretien avec un des médecins du pôle personnes âgées
- V. Grille d'analyse de l'entretien avec une des résidents de l'EHPAD, ancienne patiente du secteur de psychiatrie
- VI. Grille d'analyse de l'entretien avec un des cadres supérieurs de santé
- VII. Entretien avec la présidente du Conseil de la Vie Sociale de l'EHPAD, représentante des familles
- VIII. Grille d'analyse de l'entretien avec un des responsables au sein de la délégation départementale de l'ARS
- IX. Profils des patients de l'USLD (données mars 2019)
- X. Profils des résidents de l'EHPAD (données 2017)
- XI. Profils des résidents de la MAS (données 2015)

I. Grille d'analyse de l'entretien avec un des cadres supérieurs de santé

Les efforts de l'établissement pour améliorer le parcours des personnes atteintes des troubles psychotiques	Il s'agit d'une réflexion en interne qui n'a débuté qu'en 2013 et qui s'est traduit par l'ouverture des résidences accueil . Un travail sur la méthodologie a du être mené, en lien avec la MDPH, pour pouvoir identifier les patients éligibles au PCH et assurer le financement du projet. Les personnes orientées vers cette résidence sont en grande majorité les anciens patients de l'unité d'hospitalisation prolongée . Par la suite, le projet de la mise en place d'une filière d'hospitalisation prolongée a été conçu en lien avec les travaux de l'ARS et de l'ANAP sur les parcours en psychiatrie en santé mentale.
Concernant les personnes malades qui ont perdu leur proches aidants, quel accompagnement peut être envisagé?	On peut imaginer l'intervention des services à domicile type SPASAD ou SAAD avec un suivi des équipes mobiles de psychiatrie. Mais en réalité il s'agit de plein de situations individuelles différentes. Ce qui est sûr, c'est qu'il faut un travail partenarial réunissant chaque équipe avec ses compétences et limites, donc une complémentarité . Le centre référent régional de réhabilitation psychosocial s'y inscrit, pas en tant qu'une équipe d'intervention clinique, mais en tant qu'une équipe d'appui. Ils sont en train de développer leur offre de formation sur la réhabilitation psychosociale à destination des ESMS et les GEM notamment. Leur projet récent est d'inscrire un usager dans le travail pour l'enrichir d'un regard des patients. Par ailleurs, ils interviennent auprès des GEM. Ce qui est important c'est le fait que cela relève des missions du secteur - prévention, soins et post-cure - posées dans la circulaire de 1960.
Les défis identifiés	Tout dépend du parcours antérieur de la personne et de son projet individuel. Quand l'hospitalisation et le réajustement de traitement permettent de stabiliser le comportement d'un patient, nous pouvons envisager la réorientation vers les secteur médico-social. Mais les professionnels y exerçant n'y sont pas favorables, et je les comprends. C'est la question des moyens d'accompagnement différents entre nos secteurs. Les crises et décompensations seront certes ponctuelles, mais seront toujours là.
Leviers pour adresser ces défis	Il faut combattre la stigmatisation, au sein de la structure et en dehors de la structure, notamment pour les admissions en ESMS. Il faut mettre l'accent sur l'hébergement temporaire qui garantie une situation gagnant-gagnant, les ESMS sont satisfaits d'un financement supplémentaire et le patient peut se constituer un CV, ce qui va faciliter son admission par la suite.

II. Grille d'analyse de l'entretien avec un des médecins de la filière d'hospitalisation prolongée.

Contexte de la mise en place de la filière	Objectif: limiter les hospitalisations prolongées aux situations les nécessitant, caractère intersectoriel 2016 - regroupement de 3 unités long court (64 lits au total), intégration des résidences accueil (8 studios) et déploiement de l'équipe d'appui intervenant au sein des ESMS/domicile afin de prévenir les hospitalisations
Profil des patients de l'unité	68 % sont des hommes, 32 % sont des femmes 18-25 ans = 8 % 26-59 ans = 64 % 60 ans et plus = 28 % 63% présentent des troubles psychotiques tout confondus, dont une part importante des schizophrènes (44%) Plus de la moitié des patients hospitalisés a une orientation médico-sociale actée par la CDAPH
Sorties réussies	Depuis 2016 on note 46 sorties réussies (c'est-à-dire sans ré hospitalisation à court ou moyen terme), principalement: - ESMS hors CHGR (EHPAD, Foyer de vie): 35% - ESMS du CHGR (EHPAD, USLD, MAS) : 26% - A domicile : 13% - résidence accueil 9% - appartement de réinsertion: 4% - accueil familial thérapeutique 9%
Activité de l'équipe mobile d'intervention	Sur 271 interventions en 2018, 66 concernaient le secteur médico-social (24 %). En 2020 les interventions auprès des ESMS représentaient 33 % de l'activité.
Projet du déploiement d'une équipe mobile ACT	Fermeture d'une des unités de 20 lits afin de pouvoir déployer une équipe mobile ACT (ang. <i>assertive community treatment</i>) qui permettra d'améliorer l'autonomie des personnes, maintenir leur stabilité résidentielle, ainsi qu'éviter les besoins en hospitalisation.
Projet de la mise en place d'une filière avec la MAS et défis identifiés	Inscrit dans les orientations stratégique de l'établissement, de la filière d'hospitalisation prolongée ainsi que de la MAS Pas d'impact sur la gouvernance ni sur les prérogatives des commissions d'admission respectives. Par contre, participation croisée à leurs réunions envisagée. Projet de la création d'un poste de psychiatre mutualisé entre la filière et le médico-social (MAS du CHGR)

	En attente d'un nouveau directeur du secteur médico-social adulte pour pouvoir avancer sur le projet. L'ancien directeur ne s'en ai pas saisi. Il a refusé, par exemple, l'accompagnement par l'unité d'une des résidentes de la MAS (<i>in fine</i>, celle-ci a agressé violemment une autre résidente). Réinterroger le profil de poste du psychiatre de la MAS, qui ne s'implique pas dans ce rapprochement. Une immersion de l'équipe de la filière sur la MAS, déjà fait, en attente des initiatives du côté de la MAS.
--	---

III. Grille d'analyse de l'entretien avec le médecin en charge de l'équipe mobile intersectorielle d'appui et d'évaluation

Critères et cadre d'intervention de l'équipe mobile d'appui et d'intervention	- PA au-dessous de 75 ans - PA vivant à domicile - 1 à 3 consultations médicales et infirmières à domicile - durée d'intervention moyenne de 6 semaines - demande d'intervention à formuler auprès de la PTA par n'importe quel professionnel accompagnant (médecin traitant, aides à domicile)
Activité	Sur la période 2019-2021, on note 177 demandes d'intervention 29 hors critère d'âge (dont 4 au dessous de 70 ans)
Orientations	- le suivi par le médecin traitant - le suivi par un gériatre (bilan cognitif - IRM + bilan neuropsychologique) - orientation vers un psychiatre (CMP ou libéral - mais le problème des délais de la prise en charge des CMP et des compétences des professionnels libéraux pour la prise en charge des cas complexes) - hospitalisation complète (derniers six mois 5 personnes) - EHPAD - l'orientation vers un hébergement temporaire se pratique
Intervention auprès des personnes âgées atteintes des troubles psychotiques vivant à domicile?	La proportion des personnes psychotiques vieillissantes vivant à domicile et prises en charge par l'équipe mobile est faible. Raisons: - espérance de vie est beaucoup plus faible que dans la population générale - perte d'autonomie plus rapide avec des problèmes somatiques importants qui nécessitent la prise en charge au sein d'une institution - isolement fort de ces personnes, notamment sur les zones rurales, qui s'appuie davantage sur le système d'entraide traditionnel du voisinage de proximité pour favoriser le maintien au domicile - peu de sollicitations des médecins traitants Malheureusement, les critères étant à la base de la sollicitation de l'équipe d'appui sont trop larges et ne permettent pas d'identifier le profil clinique des personnes suivies. Une demande auprès du DIM a été formulée pour avoir des données anonymisées - elle n'a pas pu aboutir du fait de la complexité de la traduction des données

IV. Entretien avec un des médecins du pôle personnes âgées

Médecin:

L'idée c'est qu'il y a un secteur médico-social adulte sur l'établissement et c'est la fin du parcours d'une grande partie des personnes qui ne peuvent pas quitter l'hôpital parce qu'ils ont des troubles qui dépassent les différentes structures et le domicile. Voilà, donc, il y a la MAS, et il y a le pôle des personnes âgées. Initialement il y avait un projet d'un pôle médico-social, je ne dis pas que cela ne va jamais revenir. C'est juste qu'actuellement, il y a une filière qui a été créée direct entre l'hospitalisation prolongée et la MAS, le problème c'est que la MAS ne peut pas répondre à toutes les demandes de cette unité et donc c'est le Gérotopôle qui vient. Nous on se positionne à la fin de 2 filières: gériatriques et d'hospitalisation prolongée de l'hôpital. On regroupe les deux. Via la MAS, car la MAS fait partie de la filière d'hospitalisation prolongée, actuellement, pourquoi pas. Mais on insiste vraiment, parce que sinon, ça serait trop simple, si on fait que filière gériatrique.

La filière gériatrique actuellement à l'hôpital n'existe pas. Parce que les psychiatres ne se sont pas regroupés autour de ce sujet. Il y a une embauche ça fait plusieurs fois, ça fait un enième projet d'établissement, c'est maintenant que ça commence à travailler un peu, tout doucement, et c'est très très loin de la fin. Pour moi, pour parler de la filière gériatrique et des collaborations diverses il faut d'abord créer les filières gériatriques sanitaires. Vraiment le service de gérontopsychiatrie. Ce projet est apparu dans le dernier projet d'établissement, Avant le dernier projet d'établissement, nous étions ici dans ce bureau, avec Madame N. (NAD: ancienne directrice de l'offre médico-sociale adulte) et Madame R. (NAD: directrice des finances). A l'époque on a créé les trucs, on a proposé de créer un service, avec 20 lits de chaque sur 100 lits au total. Maintenant ils disent qu'il l'ont inventé. En fait, c'était saboté par les psychiatres. Et ils continuent de saboter un peu car ça ne les intéressent pas vraiment ce sujet. Leur objectif c'est de mettre tout le monde soit à la MAS soit au sein du pôle personnes âgées et laisser vivre le secteur psychiatrique tranquillement. Il y a actuellement une tentative de créer quelque chose de nouveau de gérontopsychiatrie. Mais il faut que ça soit étendu sur l'ensemble de l'hôpital. Il y a une résistance car c'est quelque chose qui ne crée pas des lits, il faut les donner. Même si les personnes âgées encomrent les lits, personne ne veut donner de lit. Et c'est ce qui est en train de se faire au niveau de l'hôpital, et c'est une bonne chose. Mais pour l'instant c'est qu'un pôle. Donc c'est vrai, on me propose de travailler de façon privilégiée avec ce pôle. Aujourd'hui c'est faisable, sauf qu'ils se sentent saturés, car la moitié de mon service est chez eux. Et ils se rendent compte que ce sont les gens très difficiles, très

complexes, et ils n'arrivent pas à faire. C'est pour ça elle ne tourne pas. Donc pas la moitié, mais bon, beaucoup.

Heureusement il y a ces passerelles pour les résidents pris en charge en EHPAD et USLD pour les périodes de décompensation.

*Normalement, aujourd'hui, il y a une règle à l'hôpital. Tout ce qui concerne l'EHPAD, pendant **les premiers 6 mois** c'est le secteur d'origine qui assume le suivi psychiatrique parce que, si c'est une erreur d'orientation il faut assumer leur choix, montrer qu'ils ont bien préparé le projet de la personne. Voilà. Après les 6 mois, c'est le pôle avec le service de gériopsychiatrie qui les prend en charge par l'équipe mobile de gériopsychiatrie parce que ça relève de leur secteur. Tout simplement.*

Et les personnes qui sont hors secteur?

*L'EHPAD, ça devient domicile, et par le domicile ils relèvent du pôle. Il y a une possibilité de contourner la règle de 6 mois. Si on insiste, si vous venez travailler chez nous, c'est très important de le faire et travailler sur l'idée de l'hébergement temporaire. Je pense qu'il faut une période d'essai comme ça existe à la MAS, de 2 mois. De toute façon, si la personne ne correspond à rien, ça se voit le lendemain. On n'a pas besoin de 6 mois, ce n'est pas la peine. 2 mois c'est largement suffisant. Et donc, si **on insiste lourdement sur cette période d'essai**, on n'a plus besoin de ces 6 mois. On a besoin de 2 mois de transition et c'est tout. Et si la personne est bien orientée en EHPAD, elle ne devrait pas décompenser. C'est juste une question de l'orientation. Si la personne n'est pas stabilisée, elle ne devrait pas sortir du secteur psychiatrique. Voilà ça c'est une piste à explorer.*

Le projet de la mise en place de l'hébergement temporaire se fait pour 2 raisons. Parce que ça coûte plus cher, tout simplement, ça ne passe pas par la même filière de financement et pour répondre à ça aussi. On peut même imaginer quelqu'un qui passe par l'extérieur, qui vient, qui avait des difficultés à domicile, on va le prendre, voilà, ça peut être ça aussi. Le seul problème dans le nouveau projet pour les lits temporaires, c'est que ça nécessite une autorisation spécifique de l'ARS, et c'est l'ARS, notamment Monsieur B., qui nous a conseillé de ne pas nous embêter pour l'instant, pour ne pas ralentir le projet. Qu'il faut dire que ce sont les lits comme les autres places, parce qu'on parle de l'EHPAD, places comme les autres, les utiliser comme le séjour temporaire. Après si on a envie on peut le régulariser dans un deuxième temps. Oui, il a dit, que ça vous retarde d'un an, si vous voulez absolument que ça soit dans les clous. Qui vous empêche de dire c'est une place comme les autres, mais l'utiliser à votre guise. Et pourquoi pas, et peut-être on ne fera jamais cette

demande. Sauf que si on le fait, c'est tout de suite une diversification de l'offre de soins et c'est un autre tarif qui est plus élevé. Et peut être ça peut nous intéresser.

Et concernant l'USLD?

Voilà, en ce qui concerne l'USLD, jusqu'à présent, chaque secteur suivait ses patients. Et il y a l'idée de **changer ça, s'il y a une filière gériatrique sur l'hôpital**, que ces personnes sortent de là. Car à la limite ils transitent par ses filières parce que vu leur âge, il vont très probablement passer par ces structures. D'autant plus qu'il y a quand même, les personnes qu'on accueille sont âgées, elles sont suivies pendant une dizaine d'années ici, sauf que les psychiatres qui les ont suivies partent à la retraite, les jeunes ils ne les connaissent pas, donc cette idée de la continuité de la prise en charge se perd un peu. On ne retrouve plus du tout les mêmes personnes et c'est ça qui était très précieux. Mais pourquoi pas. **Là c'est vrai on a un contact correct avec le service de gérontopsychiatrie**, le problème c'est que j'ai l'impression qu'ils ont des problèmes au niveau des effectifs, au niveau des lits, etc. et ça c'est à revoir éventuellement.

C'est l'équipe mobile de gérontopsychiatrie qui intervient au niveau du pôle personnes âgées pour le suivi psychiatrique?

Oui et non. **Normalement ici, en USLD, l'équipe mobile n'intervient pas. C'est vraiment que pour les EHPAD.** Et là, en USLD, on a des contacts avec les médecins. Et donc, si je m'aperçois d'un problème, j'ai un choix. Soit je contacte le secteur d'origine, souvent ça se passe bien, parce que les gens ils ont compris. Mais pas toujours. Souvent ce sont les personnes très dépendantes. Si vraiment j'ai des difficultés majeures pour la personne, là je vais m'adresser à l'équipe mobile, en disant que pourquoi pas, éventuellement. Et sinon, il y a une autre histoire, **que parfois on prend des gens à l'EHPAD, et ça se passe très mal, donc je les transfère ici. Et ils ont déjà entamé un suivi de l'équipe mobile, donc je le continue.**

Pour moi, l'essentiel c'est que les personnes soient suivies. Mon objectif c'est vrai que, affirmer l'identité du pôle personnes âgées et ne pas se faire bouffer par la même occasion. Parce que c'est très facile de colmater quelque chose. Mais il faut que quelqu'un travail l'après. Donc, je pense que ce n'est pas dans l'intérêt de l'hôpital de perdre des médecins qui valent chers. Je pense qu'on est très professionnels, très compétents, qu'on assume pas mal de choses. Les difficultés de recrutement c'est ça, on assume pas mal de choses, sur 3 sites, sur les personnes compliquées, en contact avec les psychiatres, les familles pathologiques, on n'arrive pas à trouver facilement les gens qui veulent travailler et qui peuvent travailler aussi. On a ce poste contractuel pour l'EHPAD, il y a très peu de gens

qui tiennent. Et le fait que le Dr A. tient, c'est parce qu'on l'a aménagé avec le Dr B. Et il ne faut pas oublier aussi que la personne qui est capable à 100 %, qui est absolument bien, elle a très souvent son caractère à prendre en considération. C'est pas pour rien que la personne est capable. Et donc, je pense qu'il ne faut pas détruire ce qui a été fait, avec beaucoup d'investissement, psychologique, professionnels, etc. pour les ambitions de l'hôpital. Et le directeur de l'établissement l'a très bien compris. On discutait l'autre fois quand on a eu un entretien. Je lui ai dit, "je n'ai pas envie d'être bouffé par le service de gériopsychiatrie". C'est pour ça je vous dis, je veux bien vous montrer le courrier qu'il va m'envoyer, annuel, je pense qu'il y aura des choses intéressantes pour vous, parce qu'on a discuté des pistes possibles du développement du pôle.

Je pense qu'on est précieux, personne ne veut travailler ici, tout le monde veut nous donner des résidents, des patients, mais personne ne veut travailler ici. C'est ça le problème. Je ne parle que des médecins. Ces derniers temps je trouve, ça c'est aussi pour vous. Normalement, ce que me disait Madame N. (NAD: ancienne directrice de l'offre médico-sociale adulte), et je trouve qu'elle a tout à fait raison, elle m'a dit clairement, quand il y a un CSS qui assume son rôle, on ne voit pas la direction des soins. La direction des soins n'a rien à faire chez nous. Le fait qu'on a tout le temps la direction des soins là, ça veut dire que ça dysfonctionne. C'est aussi simple que ça. Le problème, c'est que ça dure depuis des années. C'est un style ancien et des anciens directeurs. Parce que là, à la MAS, vous ne voyez pas des directeurs de soins à la MAS.

La ça commence un petit peu

Ça commence un petit peu parce qu'il n'y a pas de médecin. Et Madame N. (NAD: ancienne directrice de l'offre médico-sociale adulte) elle est partie. Car le psychiatre qui y exerce est particulier. C'est quelqu'un qui est très très fiable, très très professionnel, mais qui est retraité, qui a ses conditions, qui, s'il y a quelque chose qui ne lui plaît pas, il part. Et c'est vrai, il fait à sa façon. Donc vous avez intérêt que ça se passe bien. Mais il ne va pas prendre des décisions administratives, gestion des projets, etc. Donc, voilà, c'est pour ça. Mais sinon, jusqu'à présent, il n'y avait jamais, quasi-jamais, de la direction des soins. Ici, à chaque fois que je passe, j'ai quelqu'un de la direction des soins. J'ai rien contre la direction des soins. Mais c'est un indicateur que ça dysfonctionne. Ce n'est pas leur travail d'aller écouter nos soignants. Donc normalement, c'est ça le rôle du directeur médico-social, de poser les limites et quand tout se passe bien, personne ne nous embête.

Donc, les patients d'USLD, c'est les psychiatres du secteur d'origine qui s'en occupe. Si j'ai un problème, je m'adresse à la gériopsychiatrie et ça se passe plutôt pas mal.

Quels sont les relations avec les familles?

On a des familles très procédurières, très compliquées, très psychiatriques et on doit vraiment être dans les clous déjà dans notre pratique souvent limite. Par exemple, c'est que maintenant qu'on a la télémédecine, et heureusement qu'on a des textes officiels qui sortent et encadrent cette pratique: réponse au téléphone, etc. Mais c'est quand même très limite, la vraie pratique médicale c'est, je vois le patient, je l'examine, j'écris ce que j'en pense. On dévie souvent, parce qu'on a 3 sites distincts, on n'a pas un médecin sur chaque site, on gère pas mal de choses par téléphone. Et c'est pour ça que tout doit être écrit, tout doit être tracé, documenté.

Et puis, il y a un autre aspect, ce dont on a parlé, la MAS. C'est léger sur le plan médical. Je crois qu'on n'a plus d'infirmier de nuit. Il y a quand même des choses assez complexes sur le plan médical, les fins de vie, les soins palliatifs, etc. Et puis il y a des choses spécifiques à la MAS, comme les activités qui sont adaptées à certaines personnes, d'où l'intérêt de récupérer ces cas les plus somatiques chez nous. Après, si la personne ne pose pas de problèmes médicaux, mais il n'y a pas d'évolution/ d'amélioration, elle peut rester sur la MAS ou peut venir chez nous (en EHPAD).

Et ça se fait maintenant les passerelles entre la MAS et l'EHPAD?

*Depuis que l'ancien psychiatre de la MAS est parti, qui était opposé à tout ça, on a travaillé avec Madame N. (NAD: ancienne directrice de l'offre médico-sociale adulte). **L'idée c'est que... surtout pour les choses somatiques parce qu'il y a une obligation d'avoir des PATHOS élevés.** Ça nous intéresse davantage. Ça s'applique pour l'USLD et pour l'EHPAD. **Donc on est preneur de tout ce qui est somatique.** Après ça peut se discuter si la personne ne fait pas d'activités sur la MAS, elle fait rien. On peut imaginer la mettre en EHPAD, mais sauf que ça va nous baisser notre PATHOS. Un petit peu on peut prendre. Après, quand même, les gens ont des problèmes somatiques. Il faut juste savoir les mettre en valeur.*

Et comment se font techniquement les admissions sur l'EHPAD des personnes en provenance du secteur psy ou de la MAS ?

Le secteur psychiatrique essaie de faire des points réguliers car ils pensent que ça va passer plus vite, et c'est pas faux d'ailleurs, parce que si on a des contacts on a l'assurance qu'on aura un retour en cas de problème. Et ce qui n'est pas négligeable. C'est ça qui stoppe pas mal de choses: les chambres doubles et l'absence de contact avec les psy. S'il y a eu 2, il y a aucun problème, on peut prendre tout et n'importe quoi. Donc, revenant aux admissions, le

projet est élaboré à l'extérieur. Le problème, on se rend compte que les gens ne voient pas de différence entre USLD, EHPAD, UHR. Et ce n'est pas le problème de communication. On explique sans arrêt, mais ils entendent ce qu'ils veulent entendre. Il y avait des tentatives du médecin de la filière d'hospitalisation prolongée de faire les contacts privilégiés à un moment. Je lui demande, pour toi, quelle personne peut aller en USLD? Quelle personne peut aller en EHPAD? Il ne savait rien. Et j'ai expliqué personnellement, plusieurs fois, non, ils entendent ce qu'ils veulent.

*Dans ce cas là, quand il s'agit de la fin de parcours et il faut trouver des lieux de vie plus ou moins médicalisés et nous envoyer les dossiers standards. D'emblée, c'est moi d'abord qui regarde et on les trie pour une file d'attente - UHR, USLD, EHPAD Psy et EHPAD avec PASA. Ça c'est la secrétaire qui tient le registre, elle me laisse les dossiers et moi je les classe approximativement. Après, quand on a une place, d'abord on essaie d'équilibrer de ce qu'on a déjà. Est-ce qu'on a quelqu'un qui a besoin d'une chambre seule, est-ce qu'on a besoin de transférer quelqu'un de l'EHPAD, parce qu'il décompense. Est-ce qu'il y a besoin de transférer quelqu'un de l'USLD vers l'EHPAD car il va mieux? Et ensuite on regarde les places restantes et on compare notre liste d'attente. **Il y a une commission d'admission qui est composée d'un médecin (voir deux), d'un cadre, d'une assistante sociale et la secrétaire. C'est le minimum.** Et c'est à chaque admission qu'on fait une réflexion collégiale autour des dossiers. Si c'est en chambre double, on choisit homme ou femme pour commencer. Si la personne est d'ici, on peut voir le dossier de la personne dans le dossier informatisé pour voir les derniers éléments, si c'est une personne de l'extérieur, on demande à l'assistante sociale d'appeler pour voir si sa situation a changé, etc. Si le dossier est validé, la personne, si elle le souhaite, visite la résidence.*

Les listes d'attente sont importantes?

*Oui et non. **C'est vrai, on privilégie les gens d'ici. Mais on est ouvert aux situations aiguës de l'extérieur, car de toute manière ces situations se terminent dans notre établissement.** Donc on travaille avec les autres établissements pour la même raison et ce n'est pas la peine de mettre des barrières.*

Par rapports aux personnes suivies en psychiatrie est-ce que l'admission en EHPAD, sur le site externe leur pose problèmes?

*Mais c'est pour ça qu'on voulait rapprocher certaines choses, parce que sur le site externe on admet des psychotiques. Les psychotiques sont souvent ritualisés, très liés à leur territoire. **Voilà, c'est pour ça on veut un EHPAD ici, pour qu'ils bénéficient de l'ensemble du dispositif de l'hôpital, du territoire qu'ils connaissent, pour qu'ils ne***

soient pas déracinés. Pour l'instant ce qu'on peut faire c'est d'essayer de créer des nouveaux rituels sur le site externe. Mais je dois dire que c'est du travail aussi. Les déments, ce n'est pas le même cas. Ils n'ont plus de mémoire, ils ne ritualisent pas, c'est autre chose.

Parlant des psychotiques, je suis tombée sur un article qui disait que le vieillissement peut être un facteur de rétablissement.

Oui, oui, je connais l'histoire, **c'est surtout le point de vue de nos psychiatres. Parce que c'est plus facile. Mais quand ils sont confrontés à ces gens là dans l'EHPAD, ils racontent autre chose.** C'est vrai que chez certains psychotiques, on observe une diminution des problèmes, des troubles de comportement qui se manifestent et c'est souvent le repli sur soi, les comportements qu'on appelle négatifs qui prennent la place, mais ça aussi, ça montre la progression de la maladie. C'est peut être plus commode pour le personnel mais beaucoup moins commode pour la personne. Le problème c'est que ce n'est homogène pour chaque personne. Chez une grande partie de personnes, ça se passe comme ça. Très bien, **ils peuvent trouver de la place dans un EHPAD normal.** A condition d'accepter plus ou moins les règles d'hygiène, c'est ça qui pose le plus de problèmes. Pourquoi pas. Mais ça ne s'adresse pas à tout le monde. **Les personnes qu'on récupère ici, sont incasables ailleurs.** Parce que ce qui se passe souvent, la personne est orientée vers un EHPAD, et c'est l'EHPAD qui dit de récupérer cette personne parce que ça ne va pas. Et c'est comme ça qu'elle se retrouve chez nous. La partie des patients qui n'est pas stabilisée avec l'âge, ce sont les nôtres. Il n'y a pas que de la psychose: il y a des troubles bipolaires, c'est une catastrophe.

Dans quel sens? Le traitement ne permet pas de stabiliser ces personnes?

Les personnes bipolaires ça ne change pas beaucoup avec l'âge. Dans leur vie normale ils ne veulent pas prendre le traitement quand ça va. C'est difficile d'accepter le traitement quand on se sent normal. Et dans les périodes de remission la personne dit, j'arrête tout. Et on recommence. **Le problème c'est que chaque décompensation peut laisser des traces, et on ne récupère pas à 100 %.** On perd un tout petit peu à chaque décompensation. Voilà. Après, encore une fois, il y a des gens qui sont cohérents, plus ou moins stabilisés, qui acceptent la prise en charge comportementale, qui acceptent le traitement. Même eux, par ailleurs, peuvent décompenser. Mais, ce sont quand même des gens très particuliers, souvent très intelligents, très doués, quand ils ont des périodes actives, ils ont des projets et plein de choses. Ils ne demandent pas de l'aide, c'est difficile de les convaincre. Et quand ils arrivent ici souvent il y a quelque chose associée sur le fond des troubles cognitifs, et là, c'est un mélange explosif. Ici, on avait, par exemple, une dame en

fauteuil roulant, c'est quelque chose. A l'époque je gérais ça, car les psychiatres ne voulaient pas en entendre. J'ai appelé le responsable de l'accueil, j'ai dit: j'ai une dame, si personne ne veut la prendre, je vais la déposer à l'accueil pour que vous constatiez son état. La réponse était immédiate: oui, je trouve un lit de suite.

On a des situations complexes, on prend les pires, c'est ça la particularité de cet établissement. Tout ce qui est bien, c'est soit le domicile soit un EHPAD normal. Pas de problème. Et c'est intéressant, parce que vous avez vu la façon dont les EHPAD ont évolué en France. Vu le nombre de personnes âgées, l'idée est de faire la plateforme de coordination et organiser la vie à domicile avec beaucoup d'aide, etc. **Mais il restera toujours des gens qui sortent de ce cadre et ne peuvent pas être pris en charge comme ça. Et c'est nous qui allons les prendre en charge. Et c'est pour ça que je trouve qu'on est intouchable dans ce nouveau projet. Parce qu'on prend le pire. Après c'est vrai que le personnel n'est pas content. Je suis allée à la réunion de la direction des soins avec le personnel et c'est ce que je me suis permise de dire aussi. Que c'est vrai qu'on a des exigences pour garder nos budgets, sauf qu'il y a une répercussion sur le travail. Et je trouve que notre objectif est d'expliquer et nous mettre en valeur.**

Très souvent, dès que la personne est admise sur le Gérotopôle (EHPAD/USLD), on oublie de suite cette personne. Mais si elle n'est pas complètement stabilisée. Bien sûr qu'il y a la condition de stabilisation à l'admission, mais elle n'est pas toujours acceptée.

Y-a-t-il des personnes qui continuent d'être prises en charge sur le secteur sanitaire et qui ont dépassé l'âge d'entrée en EHPAD ?

Oui, évidemment, il n'y a pas d'admission automatique sur le Gérotopôle. Récemment, il y a eu une situation drôle avec le CHU, avec un patient qui était pris en charge par leur service gériatrique. Il avait besoin d'une prise en charge urologique en urgence. Apparemment la prise en charge en aval dans leur USLD n'était pas possible, car ils n'admettaient qu'à partir de 75 ans. C'est bizarre, mais on ne va pas discuter avec des professeurs. C'est quand même plus qu'étonnant, mais on va prendre ce monsieur. C'est vrai que maintenant chacun fait ce qu'il veut, c'est donc très important que le cadre soit très stricte. Il y a des dérives dans tous les sens.

Dans les documents récapitulant les travaux de groupe PA dans le cadre du nouveau projet d'établissement, il est prévu de mettre en place des formations de psychiatrie pour les professionnels du pôle personnes âgées.

*Évidemment, les professionnels sont demandeurs d'une formation psy. Ce sont des formations de courte durée. On essaie de voir quand ça nous intéresse, si ça correspond à ce qu'on fait au niveau du pôle. Si on relocalise un EHPAD sur le site principal, **ça va être un EHPAD avec vraiment une orientation psy, pure et nette, ça peut être un tremplin pour le développement des formations.** Ça ne me dérange pas, au contraire. Il y a des actions qui se mettent en place, après elles sont annulées, à cause de la Covid. Après, je ne comprends rien de ce qui se passe chez nous au niveau de la formation. Je sais que chaque année il y a plein d'argent qui reste et tout le monde se précipite. Quand ça dysfonctionne, je me précipite pour faire quelque chose mais très rapidement on m'explique ma place. Donc je laisse, ma tactique actuelle c'est de laisser pourrir les choses et sauver le monde après. Et ça marche très bien. On est tout d'abord responsable du domaine médical, quand ça se stabilise, on peut aussi faire d'autres choses. Sinon, il y a toujours une personne qui pose problème (professionnel), c'est comme les journalistes à la télé. Tous les jours on nous dit, c'est grave, c'est grave. Et puis, de jour au lendemain on oublie que cette personne pose problème. On passe sur une autre personne, personne du jour. Ça monte, ça monte. Mais c'est comme ça, c'est le fonctionnement du service chronique. C'est pour ça, il faut être très vigilant, ne pas passer à côté des choses sérieuses et ne pas faire attention aux plaintes juste parce que tout le monde est fatigué et c'est juste avant les vacances.*

V. Grille d'analyse de l'entretien avec une des résidentes de l'EHPAD, ancienne patiente du secteur de psychiatrie

Parcours de vie	1976 - travail au Crédit Foncier de France dans un service juridique (préparation des contrats dans le cadre des projets d'emprunts), stylo dactylo 1983 (30-35 ans) - AVC - invalidité - reprise de travail mais dépression et arrêt d'activité professionnelle Sa demande de divorce Déménagement chez sa mère Relation tendue nécessitant le déménagement de Madame T. - l'achat d'un appartement dans le centre de la ville
Prise en charge en soins psychiatrique à domicile	Intervention des équipes mobiles psychiatriques pour le suivi en ambulatoire Suivi dans le cadre des GEM Incendie dans son appartement (départ de feu involontaire) Hospitalisation dans un CHU
Hospitalisation en psychiatrie	Beaucoup d'activités (plus qu'en EHPAD), les sorties vers l'extérieur (coiffeur, magasins), visite des proches
Prise en charge en EHPAD	Problème de transport pour elle et pour ses proches, obligée de prendre le taxi pour rendre visite à sa mère (coût important: 70 euros) A plusieurs reprises, elle souligne la volonté de rentrer chez elle, ou à défaut dans un établissement implanté en ville Ne sait pas si son appartement a été vendu ou loué (problème de communication avec sa tutrice ?)
Relocalisation de l'EHPAD	Très favorable à ce projet en espérant avoir plus d'ouverture vers la cité

VI. Grille d'analyse de l'entretien avec un des cadres supérieurs de santé

Parcours des PA avec les antécédents psychotiques au sein de l'établissement	La plupart des résidents vient du secteur psychiatrique de l'établissement. EHPAD accueille les résidents avec les maladies stabilisées, USLD les patients avec plus de risque de décompensation + suivi somatique. Il y a les passerelles entre l'EHPAD et l'USLD dans les deux sens HAD se met également en place pour les cas de fin de vie La définition des personnes psychotiques vieillissantes: personnes avec les antécédents psychiatriques ou également les personnes qui ont bien vieilli et qui à 80 ou 90 ans décompensent où développent les troubles, par exemple les délires.
Situation personnelle en lien avec la prise en charge du père du CSS	<i>Mon père a développé les troubles délirants, paranoïaques, persécutifs à 85 ans, sans avoir eu d'antécédents. Tout a été mis en échec par rapport au domicile. On m'a donnée les coordonnées de la PTA qui devait se mettre en lien avec l'équipe mobile d'intervention. Il s'est avéré que l'orientation doit être faite par un médecin, or il ne le voulait pas. Ça ne me paraît pas être simple. Il y a d'énormes besoins par rapport à notre population vieillissante et ces personnes, lors des événements marquant ou accidents de vie, peuvent faire des dépressions graves et à un moment, ça débloque sur le versus délirant, paranoïaque et persécutif. C'est le cas de mon père qui, par ailleurs, refuse toute prise en charge.</i> <i>Je suis en train de monter les dossiers d'admission en EHPAD, mais avec le dossier psychiatrique c'est difficile. Il est actuellement hospitalisé sur un des secteurs de psychiatrie. Il est sorti brièvement avec un plan d'aide à domicile, mais vu la fragilité de mes parents et leurs relations tendues, voire agressives, ce n'était pas tenable. Il terminera sur l'EHPAD de l'établissement, mais pas avant mon départ en retraite, j'ai eu trop de remarques des professionnels la-dessus.</i>
Projet de relocalisation de l'EHPAD sur le site principal	Important d'un point de vue financier pour éviter les économies sur les professionnels. Le cadre de vie sera amélioré, il faut assurer par contre l'accès à l'extérieur.

VII. Entretien avec la représentante des familles au Conseil de la Vie Sociale de l'EHPAD.

Quand votre engagement au sein du CVS de l'EHPAD a-t-il commencé et quelles étaient vos motivations?

*En 2012, dès la mise en place du CVS, ma maman est entrée en EHPAD en 2009. Donc j'ai suivi la transformation de l'USLD vers l'EHPAD, avec une baisse importante de l'encadrement soignant (IDE de jour et de nuit) et le changement de la prise en charge qui nous chiffonnaient. Ça nous a interpellé et on l'a signalé auprès des autorités de tutelles à l'époque. On voulait que **l'EHPAD soit reconnu en tant qu'un établissement gérontopsychiatrique.***

Quel est votre avis sur le fonctionnement de l'EHPAD?

Les équipes, très engagées auprès des résidents. Le point faible, c'est l'encadrement, ça a été très compliqué. Manque de reconnaissance par la hiérarchie. La CSS vient uniquement pour faire des outrances. Aucune communication de la part du médecin, chef du pôle. Ils n'étaient jamais présents lors du CVS. Il y a les familles qui m'ont signalé, "Pour qui elles se prennent" (les médecins).

Quelles sont les relations avec les médecins?

Avec un des médecins ça se passait très bien au début, mais ça commence à s'effriter un peu. Les équipes évoquent manque de concertation entre eux et l'équipe soignante. On n'est pas entendu.

Et avec l'ancienne directrice de l'offre médico-sociale?

C'était bien, mais on avait l'impression qu'elle s'est retrouvée entre le marteau et l'enclume. Elle était bien partante, mais dans une situation difficile. D'ailleurs, elle n'a pas été remplacée, qu'est-ce que ça veut dire? C'est aussi le cas de l'encadrement.

Quel est votre avis sur la continuité de la prise en charge des résidents au sein du Gérontopôle?

On s'est battu pour que les résidents en fin de vie restent sur l'EHPAD et qu'on mette en place l'HAD. C'est leur lieu de vie et ils souhaitent mourir ici. C'était très mal vu par la direction et par les médecins. Systématiquement ils étaient transférés à l'USLD. Il y

a eu même des gens qui sont morts lors des transferts. C'était insupportable. Pour moi leur intérêt était de faire tourner la machine, remplir l'USLD. Si les familles ne sont pas présentes, les personnes restent en USLD. Pour ma maman on s'est battu et on a mis en place l'HAD le jour où elle est décédée. Apparemment c'est mieux maintenant, c'est en train d'être installé. Les professionnels me disaient, heureusement que vous et les autres familles soyez là, car sinon on n'a personne, c'est ce qui se fait. Les résidents meurent entourés des professionnels, qu'ils ne connaissent pas.

Quelle est la provenance des résidents de l'EHPAD?

90% du secteur psychiatrique de l'hôpital.

Quel est votre avis sur la relocalisation de l'EHPAD sur le site principal de l'hôpital? Le projet permet d'assurer un certain degré de continuité de l'environnement de la prise en charge des personnes qui ont été hospitalisées en psychiatrie depuis plusieurs années. En sachant que les politiques publiques actuelles nous incitent à ouvrir les établissements vers la cité, on parle de l'EHPAD hors les murs, etc.

C'est une ouverture mais on peut également dire que c'est très enfermant. Sur le site actuel de l'EHPAD, même si l'accès à l'extérieur est limité, on a au moins l'impression qu'on est en dehors de la psychiatrie. J'imagine que pour les résidents ce n'est pas trop mal, mais pas pour les familles. Elles ont connu la psychiatrie et elles retournent en psychiatrie. L'argument c'est que ça sera plus facile pour l'USLD. Et par conséquent, de mettre les résidents en USLD. Peut être structurellement c'est plus intéressant, mais dans la symbolique je trouve ça épouvantable.

Pensez-vous que l'EHPAD, vu le profil majoritairement psychiatrique de ses résidents, peut jouer un rôle spécifique au sein du territoire?

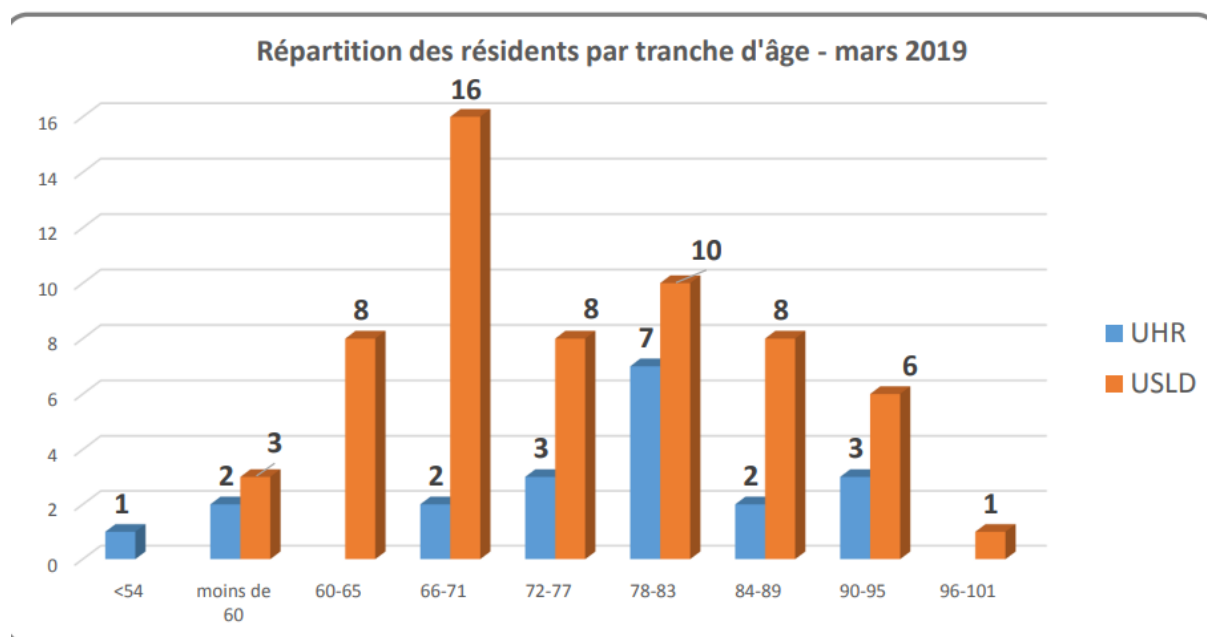
C'est évident. Si l'EHPAD était reconnu en tant que l'EHPAD psy. Mais il faut surtout assurer le suivi psychiatrique de nos résidents.

VIII. Grille d'analyse de l'entretien avec un des responsables au sein de la délégation départementale de l'ARS

Existe-t-il des programmes spécifiques destinés à l'accompagner des PA avec des antécédents psychotiques ?	La notion du parcours s'applique. Là on n'est plus sur le repérage car ils sont censés être diagnostiqués. Mais dans le cadre des équipes mobiles de gérontopsychiatrie il s'agit également du repérage. Les patients chronicisés: ils vont rester en hospitalisation Les patients chroniques mais en hospitalisation inadéquates: les accompagner vers la sortie, orientation vers le médico-social ou les résidences accueil
Le critère d'âge prévu dans le dispositif de l'équipe mobile d'appui et évaluation est- il pertinent ?	Je ne sais pourquoi il a été identifié ainsi. Certainement il y a des personnes plus jeunes qui auraient besoin d'un diagnostic et d'une d'orientation. Mais il faut replacer dans son contexte la place du médecin traitant. Nous n'allons pas financer sur nos enveloppes l'intégralité et se substituer à ces praticiens.
Est-il souhaitable de créer une spécialisation des EHPAD pour la prise en charge des patients psychotiques vieillissants?	La volonté des politiques publiques est qu'il n' y ait pas d'EHPAD spécialisés. Le cas d'un EHPAD adossé à un établissement est particulier, mais il n'a pas vocation à accueillir une filière psychiatrique. Il est financé EHPAD. Certes, il y les difficultés évoquées par d'autres EHPAD, mais ils sont payés pour ça. Le système de cotation actuel de PMP permet de valoriser cette activité.
Projet de relocalisation de l'EHPAD et le concept de l'EHPAD hors les murs	Le projet est en lien avec la vétusté des locaux actuels et la situation financière. L'EHPAD hors les murs est un concept très joli, mais il faut rester très pragmatique. Il faut une structure où on savait qu'ils vont rester là. Le rapprochement de l'EHPAD avec le site principal sera facilitant pour les patients qui nécessitent l'institutionnalisation pendant la grande majorité de leur vie.

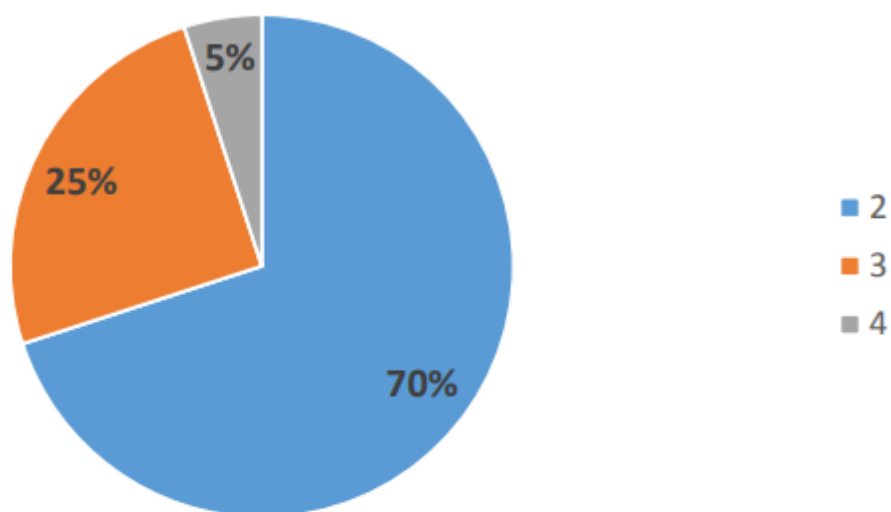
IX. Profils des patients de l'USLD (données mars 2019)

La répartition des résidents par tranche d'âge

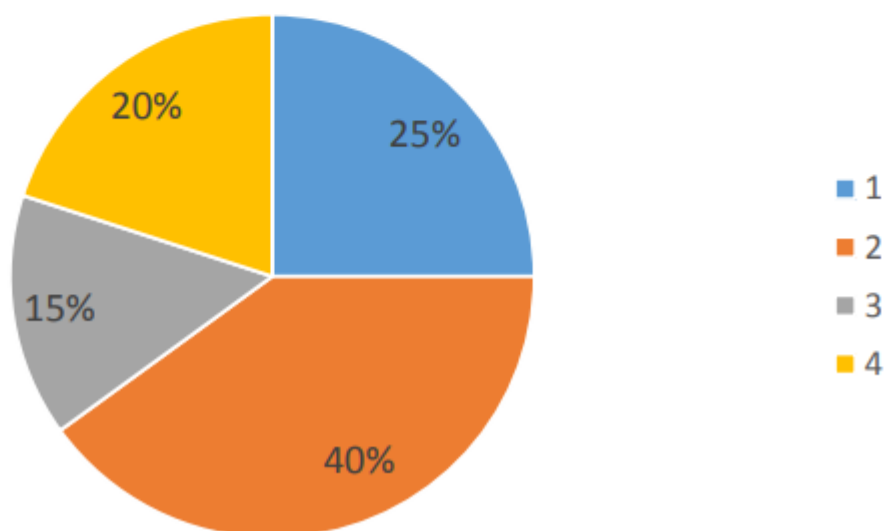


La répartition des résidents par groupe de dépendance

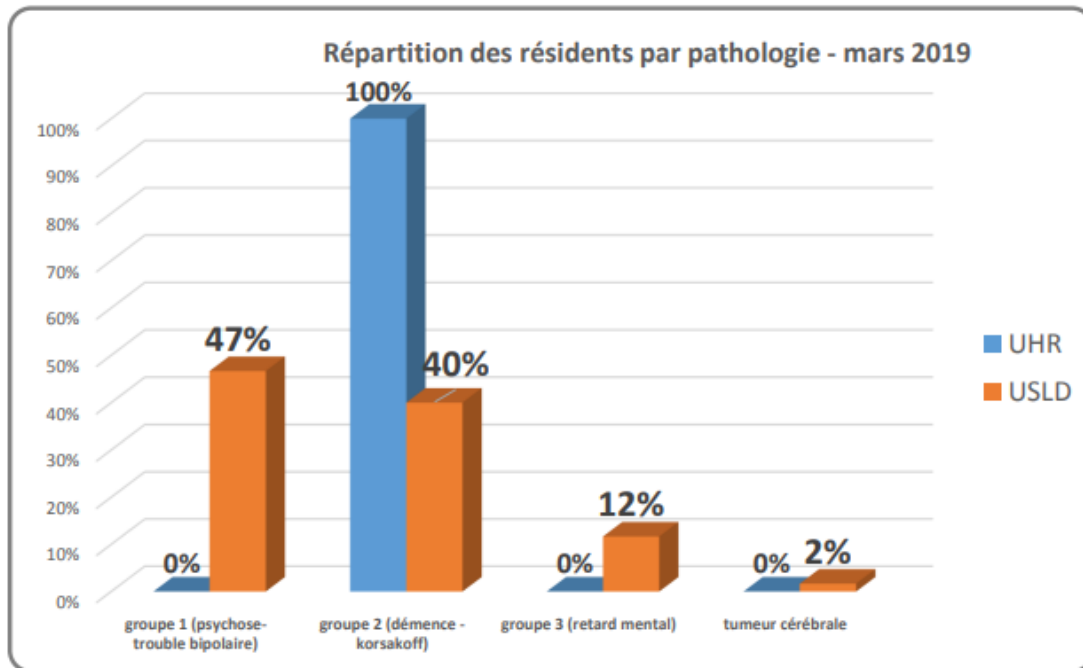
Répartition des résidents UHR par groupes de dépendance - mars 2019



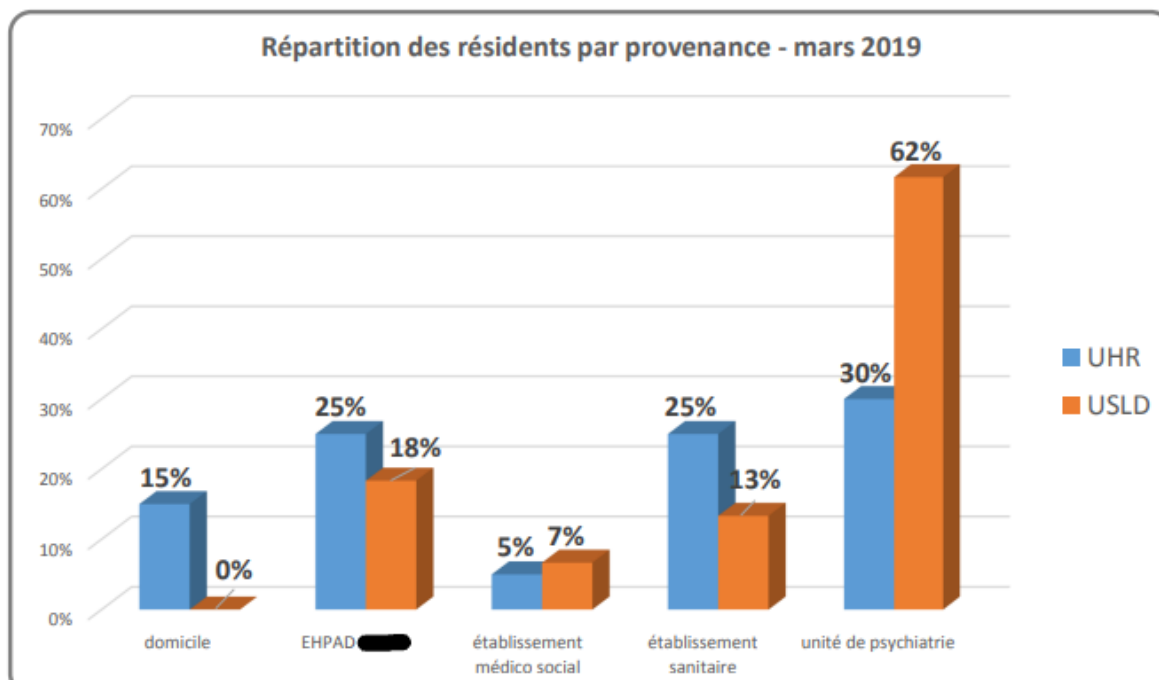
Répartition des résidents USLD par groupes de dépendance - mars 2019



La distribution des pathologies



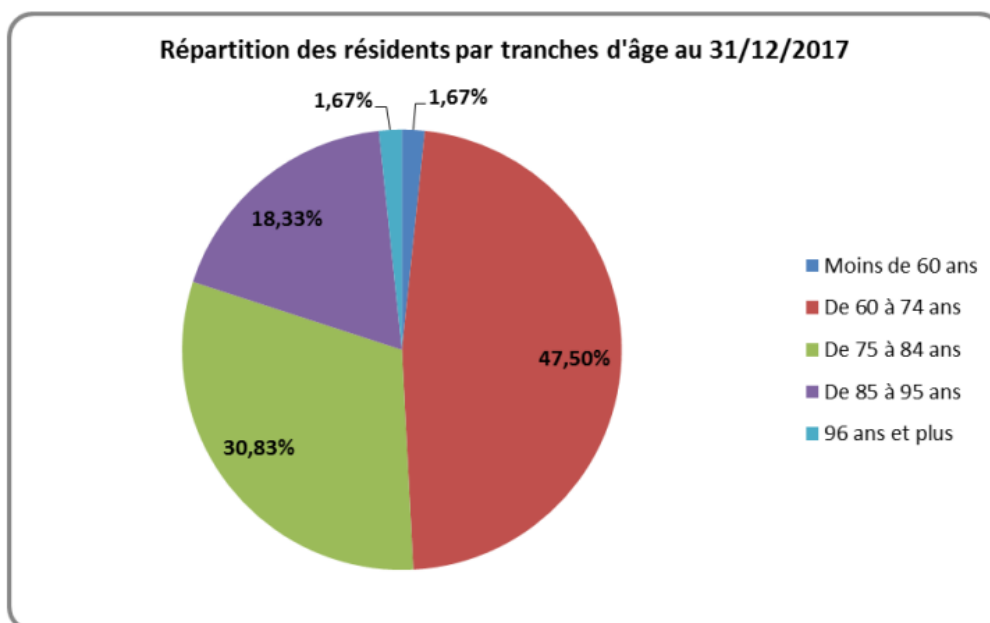
La provenance des résidents



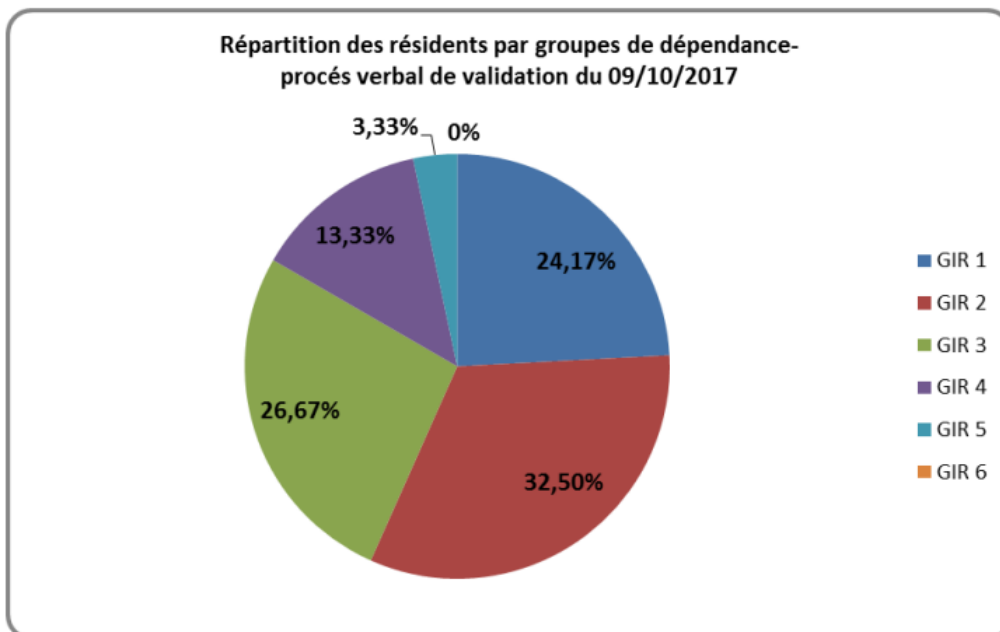
X. Profils des résidents de l'EHPAD (données 2017)

- [Répartition des résidents par âge](#)

80 résidents sont accueillis à [REDACTED] et 40 à [REDACTED]

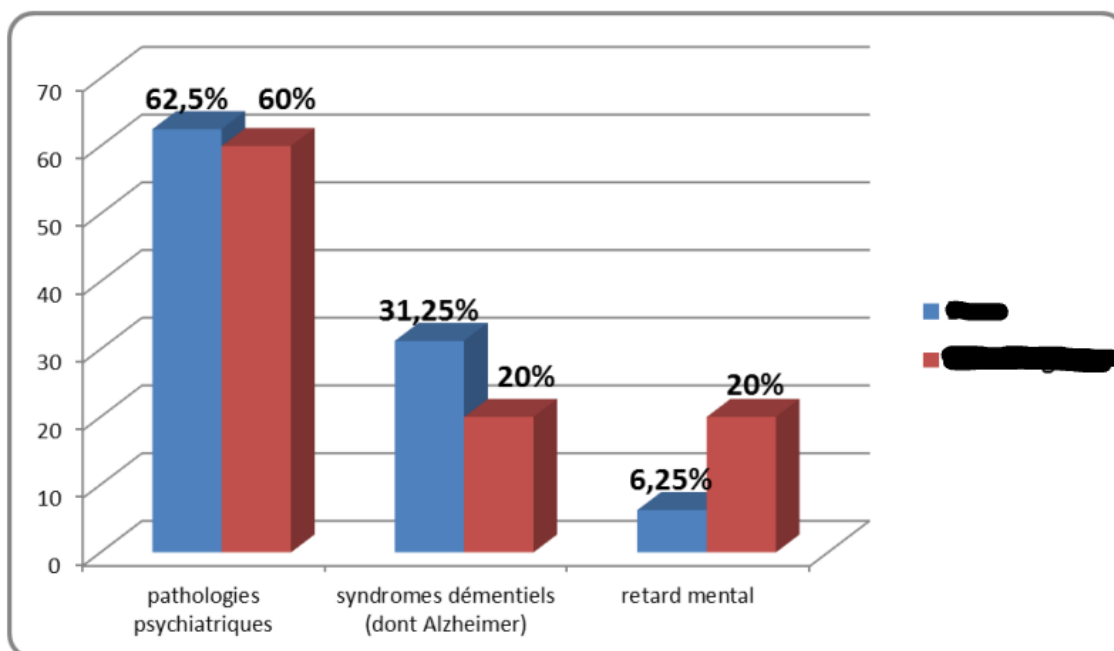


La moyenne d'âge de l'EHPAD du [REDACTED] est d'environ 75 ans, soit 10 ans de moins que celle de l'âge moyen d'entrée au sein des EHPAD du département [REDACTED], malgré une évolution lente vers un vieillissement des résidents. (cf. 1.1.3)



Plus de 55 % de la population accueillie à l'EHPAD est classée en GIR1/GIR2. Cet indicateur démontre une hausse de la grande dépendance des personnes accueillies au sein de l'EHPAD du [redacted] qui se reflète à l'échelle départementale. En effet en 2012, plus d'une personne sur deux hébergées dans les EHPAD [redacted] avaient un GIR de type 1 ou 2 (51,7%). Cette proportion tend à s'accroître sur la période récente.

- Répartition des résidents par pathologie au 31/12/2017

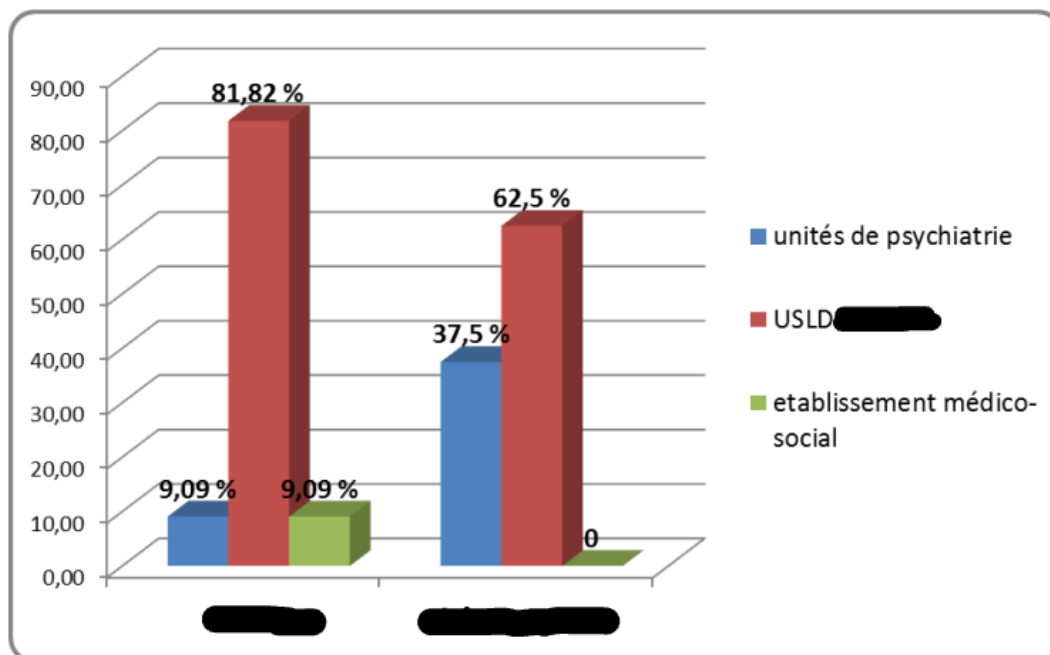


Distribution des pathologies au 31/12/2017

Le profilage des résidents entre les deux sites n'est pas aujourd'hui formellement établi. Toutefois, les résidents souffrant de pathologies démentielles (dont Alzheimer) sont actuellement hébergés sur le

site A, alors que les résidents atteints de psychose et de retards mentaux sont davantage orientés vers le site B.

Provenance des résidents



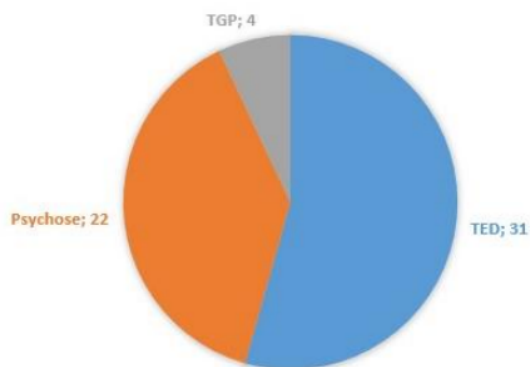
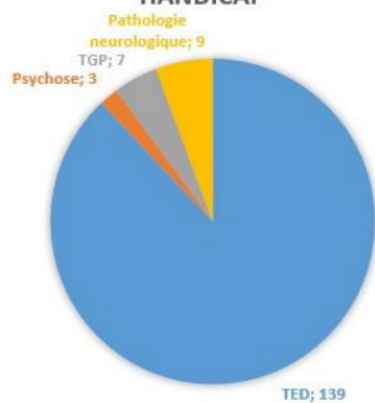
Les résidents viennent en grande majorité des services psychiatriques du [redacted] et de l'USLD de [redacted] (plus de 90%). Les arrivées de résidents en provenance de leur domicile sont à la marge et l'ouverture vers l'extérieur (autres EHPAD ou ESMS) reste aujourd'hui très limitée.

A l'inverse, l'origine des admissions à l'échelle du département provient à 42% seulement de l'hôpital (44% des résidents viennent de leur domicile et 14% d'autres établissements). (cf. 1.1.3)

XI. Profils des résidents de la MAS

❑ Rappel profil clinique des résidents (source : PS MAS 2015-2019)

REPARTITION DES RESIDENTS DU [REDACTED] PAR HANDICAP REPARTITION DES RESIDENTS DE [REDACTED] PAR HANDICAP



PILCH	Katarzyna	Décembre 2022
Élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux Promotion 2021-2022		
Vieillesse des personnes avec des antécédents psychotiques - efforts de la filiarisation des parcours		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, Rennes		
Résumé : Même si le vieillissement des personnes âgées avec des antécédents psychotiques s'inscrit dans un contexte général de vieillissement de la population, les personnes malades cumulent un certain nombre de fragilités, tant sur le plan médical que sur le plan social. Par conséquent, leur accompagnement pose un certain nombre de défis quant à la structuration existante de l'offre d'accompagnement, notamment en termes de coordination des champs sanitaire et médico-social. Ainsi, ce mémoire présente les efforts de filiarisation déployés au sein de l'établissement de mon lieu de stage visant à répondre aux besoins des personnes âgées atteintes de troubles psychotiques. La question centrale consiste à savoir dans quelle mesure ces efforts permettent-ils de favoriser un parcours de vie personnalisé répondant aux besoins et attentes de ce public? Le mémoire présente les initiatives mises en oeuvre sur le terrain, et permet de mesurer leurs enjeux, limites et perspectives d'évolution.		
Mots clés : Personnes âgées, troubles psychotiques, filiarisation, parcours de vie		
<i>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.</i>		