



**SPÉCIALISER UN EHPAD DU TERRITOIRE CREUSOIS À
L'ACCUEIL DE PERSONNES VIEILLISSANTES ATTEINTES
DE TROUBLES PSYCHIQUES SÉVÈRES**

Emmanuelle REUSE

2023

cafdes

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier mon conjoint, ma famille et mes proches. Tous ont participé à la réussite de cette formation et l'aboutissement de ce mémoire. Je les remercie de m'avoir soutenu dans cet exercice long et périlleux. Je les remercie également pour avoir pris le relai lors de mes semaines d'absence pour formation ou dans le cadre de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également Madame Claude DUBOIS-SOULAS, directrice adjointe du CH Esquirol et du CH La Valette, qui en sa qualité de supérieure hiérarchique a autorisé mon départ en formation de CAFDES. Je la remercie pour sa confiance et son soutien durant toute cette période. Elle fait partie de ces directeurs dont le professionnalisme et l'humanisme sont sans faille, et est un exemple que j'aurai plaisir à imiter.

Je remercie Monsieur Michel BARNABE, pour son suivi inconditionnel dans la rédaction de ce mémoire. Je salue sa patience, son enthousiasme et la qualité nos échanges dans le cadre de cette construction.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui de près ou de loin, ont participé à la réalisation de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
1 Être atteint de troubles psychiques sévères et perdre son autonomie : un parcours complexe	3
1.1 Vieillir en étant atteint de troubles psychiques sévères : l'apparition de besoins spécifiques	3
1.1.1 Du handicap psychique aux personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères	3
1.1.2 Les conséquences de la perte d'autonomie chez les personnes atteintes de troubles psychiques	7
1.1.3 Les personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères : les oubliés des politiques publiques	9
1.2 Le territoire creusois : une offre diversifiée, mais fragile et peu spécialisée aux troubles psychiques sévères	12
1.2.1 Secteur de la personne âgée et du vieillissement	12
1.2.2 Secteur du handicap	14
1.2.3 Offre en santé mentale	16
1.3 Le territoire creusois : entre public en demande et carence en réponses adaptées	19
1.3.1 Portrait de la population creusoise au regard du handicap psychique	19
1.3.2 Le point de vue des usagers et de leur famille	21
1.3.3 Handicap psychique vieillissant : un territoire en carence d'accompagnement spécialisé	24
2 A la recherche d'une solution adéquate	27
2.1 De la recherche d'exemples à l'élaboration d'une nouvelle offre	27
2.1.1 A la recherche d'une solution adaptée.....	27
2.1.2 Miser sur la psychiatrie ! Pourquoi et comment ?	29

2.1.3	Le logis de Valric : un EHPAD singulier	32
2.2	Un EHPAD à la recherche de sens.....	34
2.2.1	Le Logis de Valric, une stratégie à élaborer, une identité à créer	34
2.2.2	Vers la spécialisation d'une offre.....	37
2.2.3	Un EHPAD avec de réelles capacités d'évolution.....	39
2.3	Comment améliorer l'accompagnement des personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères ?.....	41
2.3.1	Spécialiser l'EHPAD à l'accueil de personnes atteintes de troubles psychiques sévères.....	42
2.3.2	Développer une offre d'accompagnement intermédiaire.....	45
2.3.3	S'ouvrir sur le territoire	48
3	Pilotage stratégique de la spécialisation du Logis de Valric	51
3.1	Transformer les orientations stratégiques en actions concrètes grâce au projet d'établissement	51
3.1.1	Des prérequis indispensables pour préparer la spécialisation de l'EHPAD	51
3.1.2	Utiliser la rédaction du projet d'établissement comme levier d'action	53
3.1.3	Les parties prenantes au projet.....	56
3.2	Déclinaison de l'organisation du plan d'actions	59
3.2.1	Spécialiser l'offre d'accompagnement de l'EHPAD.....	60
3.2.2	Développer un offre d'accompagnement intermédiaire.....	62
3.2.3	Ouvrir l'établissement sur son environnement.....	63
3.3	Eléments de gestion complémentaires indispensables au projet.....	66
3.3.1	Formaliser une véritable politique de management de ressources humaines	66
3.3.2	S'assurer de la viabilité financière du projet.....	69
3.3.3	Communiquer et réinterroger le projet pour rester innovant.....	72
	Conclusion.....	75
	Bibliographie.....	77
	Glossaire	81
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique
AES : Accompagnant Éducatif et Social
AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
AGGIR : Autonomie Gérontologique et Groupes Iso Ressources
AMA : Assistante Médico-Administrative
AMI : Appel à Manifestation d'intérêt
AMP : Aide Médico-Psychologique
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Agent de Service Hospitalier
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CATTP : Centre d'Accueil thérapeutique à Temps Partiel
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CFPPA : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie
CH : Centre Hospitalier
CIM-X : Classification Internationale des Maladies - 10e révision
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COS : Cadre d'Orientation Stratégique
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPSM : Centre de Proximité en Santé Mentale
CREAI : Centre Régional d'Études d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention des Addictions
CSE : Comité Social d'Etablissement
CVS : Conseil à la vie Sociale
DAC-PTA : Dispositif d'Appui à la Coordination - Plateforme Territoriale d'Appui
DIM : Département de l'Information Médicale
DRAC : Directions Régionales des Affaires Culturelles
DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPPA : Équipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Âgée
ESMS : Établissement ou service social ou médico-social
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
ETP : Équivalent Temps Plein

FIR : Formation Information Recherche
GCS-SIC : Groupement de Coopération Sanitaire - Service inter-établissement Creusois
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : GIR moyen pondéré
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GPS : Guide de Prévention et de Soins
GVT : Glissement Vieillesse Technicité
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE : Institut National de la statistique et des études économiques
IRP : Instances Représentatives du Personnel
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
MND : Maladies neurodégénératives
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS-NA : Observatoire Régional de Santé de Nouvelle Aquitaine
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PFR : Plateforme territoriale de Répit
PHV : Personne Handicapée Vieillissante
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès aux soins et à la Prévention des plus démunis
PRS : Projet Régional de Santé
PTI : Protection Travailleur Isolé
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
QVCT : Qualité de Vie et des Conditions de Travail
RBPP : Recommandations des bonnes pratiques professionnelles
RH : Ressources Humaines
RPS : risques psychosociaux
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
SSIAD – SSAD : Service de Soins *Infirmier A Domicile*
SSR-A : Soins de Suite et de Réadaptation en *Addictologie*
TMS : Troubles Musculo-Squelettiques
TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs
UA : Unité Alzheimer
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
UTAS : Unité Territoriales d'Action Sociale

Introduction

De nos jours il est possible de constater un allongement significatif de l'espérance de vie, qui oscille entre 85,3 ans pour les femmes et de 79,4 ans pour les hommes. Le constat est le même pour les personnes en situation de handicap psychique, qui de nos jours dépasse largement le cap des 60 ans, ce qui n'était pas le cas il y a encore quelques décennies.

Ce vieillissement induit une augmentation de leurs besoins qui tend à complexifier leur prise en charge. Dès lors que le maintien à domicile se heurte à des difficultés de plus en plus nombreuses et nécessite un accompagnement plus intense, une prise en charge en établissement spécialisé semble s'imposer. Toutefois ces établissements semblent insuffisamment nombreux et/ou équipés pour répondre aux différents besoins de ces personnes. En effet, les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent de façon aléatoire passer par des stades de comportement dits « stabilisés » et des périodes dites « de crise » pouvant être vite déstabilisantes pour un collectif.

Et oui les fous vieillissent aussi !!

Nouvelle directrice adjointe en charge des structures médico-sociales du Centre Hospitalier La Valette, recrutée début janvier 2023, une de mes premières missions a été de travailler avec la délégation départementale de l'ARS et le Conseil départemental à l'élaboration du futur Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de deux des quatre établissements médico-sociaux dont j'assume la direction : la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « du Puy des trois Cornes » et l'EHPAD « Le Logis de Valric ».

Ce travail de concertation avec les financeurs a ouvert des temps de réflexions pour de possibles projections de ces deux structures sur les 5 ans à venir. Il a notamment permis de mettre en exergue l'intérêt certain de notre délégation départementale de l'A.R.S., à ce que ces deux entités, organisent, maintiennent et éventuellement spécialisent les prises en charge qu'elles opèrent déjà. Il s'agit en l'état de la compétence « psychiatrie » apportée par le Centre Hospitalier La Valette.

En effet, celui-ci dispose d'un plateau technique spécifique, qu'il met à disposition de ces deux structures médico-sociales. Plus-value non négligeable en réponse aux besoins du territoire (public et partenaires institutionnels), et notamment dans un fort contexte de désertification médicale dont le département fait l'objet. A ce titre de nombreux EHPAD n'ont plus de médecin coordinateur, alors que Le Logis de Valric et la MAS disposent de présences médicales 24h/24h, grâce à leur implantation au sein de l'hôpital.

Ayant longtemps travaillé en tant qu'éducatrice auprès de ces publics et sensibilisée aux problématiques auxquelles elles sont exposées, ces échanges m'ont donné envie de savoir

comment, à ce jour, étaient prises en charge les personnes atteintes de troubles psychiques, vieillissantes, et en perte d'autonomie, et d'utiliser mon mémoire pour travailler ce sujet.

Pour que l'ARS évoque cette réflexion et insiste sur l'atout que représente le plateau technique dont disposent la MAS et l'EHPAD, il apparaissait donc comme une évidence que ces deux établissements étaient déjà associés à la psychiatrie et perçus comme tel par les partenaires du territoire.

Afin de ne pas me disperser dans l'élaboration d'un projet trop large, j'ai donc choisi de cibler mon travail sur l'EHPAD « Le Logis de Valric », et de l'orienter sur le thème suivant : l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques au long court, vieillissantes et en perte d'autonomie sur le territoire Creusois.

Mon questionnement a donc commencé autour de précisions concernant ce public, ses particularités et ses besoins. Puis il s'est étendu à la recherche des réponses actuellement apportées au sein du territoire creusois. En parallèle j'ai cherché quels types d'accompagnements seraient le plus adaptés et sous quelle(s) forme(s) : recherche de RBPP, projets existants, etc. ?

Enfin, au regard des éléments de diagnostic en ma possession, je me suis arrêtée sur la question suivante : Quelles seraient les transformations nécessaires à l'EHPAD pour s'adapter spécifiquement aux besoins de ces publics ? Qu'il s'agisse d'accueil traditionnel en hébergement ; d'un suivi en ambulatoire, si celui-ci s'avère opportun et réalisable ; mais également de l'accompagnement des équipes des autres EHPAD, à l'image du dispositif « EHPAD centre de ressources ».

In fine ma problématique se définit ainsi : Comment améliorer l'accompagnement des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie atteintes de troubles psychiques sévères, sur le territoire creusois ? A partir de cette problématique, j'ai recherché les solutions que l'EHPAD était en mesure d'apporter au territoire pour construire une nouvelle formule du Logis de Valric, spécialisée dans l'accompagnement de ces personnes.

Ce projet présente donc la formalisation d'une nouvelle offre de prise en charge, et intègre nécessairement les grands domaines des fonctions de direction que sont :

- La définition d'orientations stratégiques pour l'EHPAD,
- L'accompagnement des équipes à ces changements,
- Le développement de partenariats sur le territoire,
- La définition des travaux et investissements nécessaires à la création de ce projet,
- L'élaboration d'un budget prévisionnel.

1 Être atteint de troubles psychiques sévères et perdre son autonomie : un parcours complexe

Avant de pouvoir aborder les besoins que suscitent des troubles psychiques sévères et persistants, il me paraît indispensable en premier lieu, de préciser le terme de « handicap psychique », et les conséquences du vieillissement sur les personnes qui en sont atteintes. Lorsque ce public sera bien identifié il sera alors possible de dresser un état des lieux de leurs besoins et de le confronter aux dispositifs existants sur le territoire creusois, afin d'identifier les éventuelles difficultés et points de ruptures de leur parcours.

1.1 Vieillir en étant atteint de troubles psychiques sévères : l'apparition de besoins spécifiques

Bien que tout un chacun ait plus ou moins une idée de la définition du handicap psychique, il reste difficile d'appréhender véritablement les différents publics que ce terme englobe. En effet, ce dernier a tendance à représenter un grand nombre de pathologies, toutes aussi diverses que variées, avec une variation importante de la sévérité des troubles.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'existe pas de définition précise du handicap psychique, à l'image de celle du polyhandicap, ou encore la trisomie. Car à en croire la littérature, il n'existe pas de définition universelle et partagée du handicap psychique, du fait de **sa complexité, de son côté évolutif et de sa forme multidimensionnelle**.

A ce titre, l'ANESM évoque dans une lettre de cadrage publiée en 2014 : « *Il n'existe aucune définition partagée du handicap psychique [...] La difficulté pour définir le handicap psychique tient notamment au fait que cette notion repose sur une construction pratique plus que scientifique* » (ANESM, 2014 : 4-6).

1.1.1 Du handicap psychique aux personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères

Au niveau national, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, introduit pour la première fois en France la notion de « handicap psychique ». Sans l'énoncer clairement en tant que tel, elle précise que les personnes peuvent être « handicapées » pour des raisons liées au « psychisme ».

Toutefois ce texte porte plus sur la définition du terme « handicap » que sur la définition de handicap psychique. En effet, son article 2 précise que " *constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou*

plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant."

Bien que ce texte qualifie et reconnaisse le handicap psychique, il ne précise pas la ou les causes de ces altérations ou restrictions.

A) De la notion de handicap psychique aux troubles psychiques

Le handicap psychique se caractérise par son lien avec une maladie psychique sous-jacente, l'absence de causes identifiables, l'absence d'altération des capacités intellectuelles et la nécessité de recourir à des soins spécifiques, notamment la prise d'un traitement pour atténuer les symptômes.

Les troubles psychiques (anciennement appelés troubles psychiatriques ou encore troubles mentaux) recouvrent un large éventail de maladies, psychiatriques ou neurologiques, et de perturbations psychologiques, avec comme point commun : la présence de dysfonctionnements au niveau des fonctions mentales (fonctions cognitives, émotions). Ces derniers peuvent être de durée variable, plus ou moins handicapants et/ou sévères.

Les troubles psychiques sont répertoriés et classifiés par diagnostic, selon deux classifications. Ces dernières renvoient à des critères, des actions thérapeutiques ciblées, et relèvent bien souvent d'une prise en charge médicale :

- La CIM (Classification Internationale des Maladies) référencée par l'OMS, cette classification en est à sa dixième révision (CIM-10) – la 11^e est en cours de test,
- Le DSM (Diagnostic Statistical Manual), piloté par l'Association américaine de psychiatrie, qui en est à sa cinquième version (DSM-5).

En France nous utilisons la CIM-10, qui classifie dans son chapitre V les troubles psychiques de la manière suivante :

- F00-F09 Troubles mentaux organiques, y compris symptomatiques,
- F10-F19 Troubles mentaux et comportementaux dus à la consommation de substances psychoactives,
- F20-F29 Schizophrénie, troubles schizotypiques et délirants,
- F30-F39 Troubles de l'humeur [affectifs],
- F40-F48 Troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes,
- F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques,
- F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement de l'adulte,
- F70-F79 Retard mental,
- F80-F89 Troubles du développement psychologique,
- F90-F98 Troubles comportementaux et émotionnels apparaissant généralement dans l'enfance et l'adolescence,

- F99-F99 Trouble mental non précisé.

Enfin, il est important de préciser que le handicap psychique se différencie du handicap mental par le fait qu'il est généralement la conséquence d'une maladie psychique. Les origines exactes du handicap psychique restent encore inconnues à ce jour, contrairement au handicap mental, dont les causes peuvent être, le plus souvent, identifiées. Il se distingue également par le fait qu'il n'apparaît généralement pas à la naissance et n'affecte pas les capacités intellectuelles de manière intrinsèque, mais plutôt la capacité à les utiliser de manière optimale. Toutefois, il peut donner lieu à des troubles cognitifs tels que des difficultés de mémorisation, de planification ou d'organisation spatio-temporelle.

- B) Les personnes atteintes de troubles psychiques sévères et persistants : une population complexe et vulnérable

Afin de bien distinguer le public ciblé par ce mémoire il me semble indispensable de bien identifier les personnes atteintes de troubles psychiques qualifiés de « sévères et persistants ».

Les troubles psychiques sévères et persistants se définissent par la fréquence et la gravité des manifestations de la maladie et par un retentissement important sur l'autonomie et le bien-être de la personne. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) précise dans un de ses rapports (CNSA, 2017 : p.14) que les troubles psychiques sévères et persistants « *induisent plus régulièrement des situations de handicap du fait soit de la sévérité des symptômes, de leur persistance, de la fréquence des crises ou des hospitalisations, soit de l'association avec des troubles cognitifs ou des troubles physiques associés* ». Elle précise également que les pathologies les plus fréquentes sont :

- Les troubles psychotiques, notamment les schizophrénies : désorganisation ou dissociation (perte de l'unité psychique) ; le délire paranoïde (perception erronée de la réalité),
- Les troubles bipolaires,
- Les troubles graves et caractérisés de la personnalité
- Les troubles dépressifs sévères ou persistants, en particulier lorsqu'ils sont associés à des phobies sociales,
- Les formes sévères des troubles obsessionnels compulsifs
- Les troubles névrotiques, comme les TOC (troubles obsessionnels compulsifs),
- Les formes sévères de troubles anxieux et de la personnalité mal caractérisés.

Il est important de noter que généralement ces troubles débutent entre la fin de l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte. Les symptômes de ses maladies sont instables et imprévisibles et la prise de médicament est souvent indispensable, associée à des techniques de soins pour pallier, voire réadapter les capacités à penser et à décider.

L'évolution de la maladie va entraîner la perte ou la diminution de l'autonomie de la personne et constituer une entrave à sa vie sociale et professionnelle. Elle va la faire évoluer entre des périodes dites « stabilisées » et des périodes où la maladie va reprendre de l'activité et provoquer des phases dites de « décompensation » plus ou moins lourdes et fréquentes.

Cette spécificité écarte donc, les personnes atteintes de troubles ponctuels et légers, de détresse psychologique, et/ou de « comportements-problèmes ».

C) Les conséquences des troubles psychiques sévères sur les personnes qui en sont atteintes

Selon l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ces troubles perturbent fortement le quotidien des personnes, car ces ils impactent sur leur capacité à :

- Prendre soin de soi,
- Établir des relations durables,
- Se former et à assurer une activité,
- Se maintenir dans un logement,
- Organiser une vie sociale et des loisirs.

Parallèlement, les différents rapports et RBPP évoquent des difficultés suivantes qui complètent les observations de l'UNAFAM :

- Difficultés d'acceptation des troubles par les personnes qui en sont atteintes et les difficultés d'accompagnement de leur environnement social et familial,
- Des difficultés plus ou moins prononcées à entretenir et ou maintenir une vie sociale,
- Des difficultés à entreprendre et réaliser les actes de la vie quotidienne,
- Un rapport altéré à la réalité.
- Une incapacité de demander de l'aide (public dans la « non-demande »),
- Le caractère invisible des troubles qui fait que les difficultés sont parfois sous estimées.

La problématique relative à leur suivi somatique (rupture volontaire ou subie) associée à des comportements à risques (tabagisme, mauvaise observance médicamenteuse, etc.), augmentent la probabilité de développer des maladies cardiovasculaires, respiratoires, infectieuses ou encore des cancers.

Aussi, ces personnes souffrent généralement d'un fort isolement et d'une stigmatisation attachée aux troubles psychiques sévères, notamment lorsqu'elles font l'objet d'un suivi au long court par les services de psychiatrie, et connaissent de multiples hospitalisations.

L'enjeu majeur réside donc dans l'amélioration de leurs conditions de vie, le maintien voire le renforcement de leur suivi médical, et un important travail d'inclusion sociale.

1.1.2 Les conséquences de la perte d'autonomie chez les personnes atteintes de troubles psychiques

La « perte d'autonomie », anciennement appelée « dépendance » se définit comme « *l'incapacité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie quotidienne, et qui a besoin, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, d'une aide matérielle ou humaine pour effectuer ces actes* » (Fédération des acteurs de la Solidarité, 2020 : 35).

A) L'apparition de nouveaux troubles

Selon l'ANESM, il est possible de commencer à observer une perte d'autonomie liée aux effets du vieillissement sur les personnes atteintes de handicap, entre 40 et 50 ans. Effets qu'il est primordial de pouvoir connaître et/ou reconnaître afin de mieux les anticiper, et envisager un accompagnement adapté (ANESM, Décembre 2014 : 6).

Dans une étude sur les besoins des personnes vieillissantes présentant des troubles psychiques menée par le CREHpsy, Murielle Delporte, conseillère technique au CREAL Hauts-de-France précise qu'avec le vieillissement, tous les facteurs des troubles psychiques « *se cumulent avec d'autres troubles, de mémoire, dentaires, visuels, etc.* » (Delporte M., 2018).

L'étude insiste sur différents points de vigilance vis-à-vis de ce public, en faisant état « *d'une fragilité accrue en termes de santé des personnes handicapées psychiques vieillissantes, et ce en raison de différents facteurs qui vont se cumuler. Ainsi se conjuguent traitements médicamenteux à long terme entraînant des effets secondaires, un faible suivi de la santé somatique, un manque de coordination des soins ou encore des situations de précarité sociale* ». Au regard de ces résultats les besoins de ces personnes concernent autant le suivi psychiatrique (y compris les traitements) au long court, que le suivi de leur santé somatique.

La question de l'habitat des personnes handicapées psychiques vieillissantes a également été sondée à la fois sous l'angle de la vie à domicile, et de l'offre en établissements médico-sociaux. Il s'avère « *que les difficultés vont croissantes et sont multiples, le maintien à domicile n'est possible qu'à condition de mettre en place un réseau extrêmement dense d'aide familiale et professionnelle* ». La limite du maintien à domicile se trouve donc au niveau des ressources familiales dont dispose la personne et le réseau de professionnels en place sur le territoire.

B) De nouvelles inquiétudes et de nouveaux besoins

Ce rapport fait également état d'inquiétudes des usagers interviewés. En effet eux aussi font le constat « *d'un vieillissement difficile qui résulte du cumul de différents facteurs : les effets de la maladie, des traitements, du vieillissement, et des parcours de vie souvent difficiles* ». Inquiétudes qui bien souvent sont associées à des interrogations quant à leur origine : « *est-ce dû à la maladie, aux traitements, au vieillissement ?*»

La vie sociale et les loisirs figurent également parmi les préoccupations des personnes interrogées, car leur maintien dans des dispositifs culturels et de loisirs s'avère compliqué. En effet, lorsque ces personnes sont suivies par les dispositifs de psychiatrie, elles peuvent participer à des activités socialisantes via des temps d'hôpital de jour ou de CATTP. Lorsque des GEM sont implantés à proximité, il est possible pour elles de s'y rendre. Le point de rupture à surveiller étant la limite de cette intégration lorsqu'elles sont orientées vers des dispositifs non spécialisés comme par exemple, l'admission dans un EHPAD. Cette transition peut brutalement interrompre la participation à ces temps « socialisants », et mettre un terme à des liens souvent créés de longue date. Ainsi une veille est à construire pour assurer le maintien de ce lien social, et éventuellement lorsqu'il y en a, au maintien des liens familiaux.

Enfin, il est important de préciser que le handicap psychique fait l'objet de fortes représentations négatives. Stigmatisation qui peut accentuer la marginalisation et l'isolement dans lesquels ces personnes s'installent déjà souvent d'elles-mêmes.

Au regard des éléments évoqués ci-dessus, il apparaît que les effets du vieillissement sur ces personnes ajoutent un ou plusieurs handicaps à leur handicap initial. Constat qui semble être partagé entre associations de familles et professionnels du secteur et dont les directions des établissements concernés doivent se saisir. Pour toutes ces raisons, l'accompagnement et le soin semblent constituer les réponses prioritaires à leur apporter.

C) La perte d'autonomie une transition de vie complexe

Il apparaît qu'en vieillissant les personnes atteintes de troubles psychiques sévères vont rencontrer des difficultés à maintenir une vie en toute indépendance et autonomie, qui déjà pouvait se révéler fragile. À une certaine étape de leur vieillissement, elles vont nécessiter une aide, un accompagnement plus intensif pour répondre à des besoins divers comme par exemple, l'accès aux soins (dentaire, gynécologique, etc.), le maintien d'une vie sociale, l'accès aux ressources ou à une protection juridique.

A ce sujet, l'étude du CREHpsy précise également que lorsque la situation l'impose, la transition entre la vie au domicile et le passage en institution peut aussi s'avérer complexe. En effet, les délais d'attente peuvent être long pour accéder à une place. De ce fait, bien souvent ces personnes se retrouvent dans des situations où elles deviennent très vulnérables, fragilisées par leur maladie et par un manque de réponses adaptées à leurs besoins. Il arrive, à ce moment-là qu'elles passent par des temps d'hospitalisation qui auraient pu être évités par des réponses immédiates et adaptées.

De plus, lorsqu'elles arrivent enfin en institution, si la structure n'est pas adaptée aux multiples pathologies de ces personnes, ni à leurs besoins spécifiques, l'admission peut rapidement générer des situations complexes. Situation qui peut s'apparenter à un véritable défi pour les directions des institutions concernées.

1.1.3 Les personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères : les oubliés des politiques publiques

Les personnes handicapées psychiques vieillissantes, et plus particulièrement celles atteintes de troubles psychiques sévères se trouvent à l'articulation de trois secteurs qui me paraissent être très cloisonnés, que sont : le grand âge et la gériatrie, le handicap et la santé mentale.

A ce titre, au niveau national, les politiques publiques, en déclinaison de la stratégie nationale de santé, ont déployé divers plans issus du secteur de la santé (psychiatrie), du handicap, et de l'autonomie. Chacun d'entre eux peut potentiellement concerner le public visé par ce mémoire, a minima, donner quelques orientations à suivre pour les années à venir.

A) Les préconisations issues de la Santé Mentale et de la psychiatrie

En 2018 le ministère de la santé publiait sa feuille de route en santé mentale, structuré en trois axes stratégiques :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide,
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité,
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Dès les premières pages ce plan précise que *« les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants souffrent généralement d'un grand isolement, d'une perte de capacité à entreprendre, à vivre dans un logement autonome, à tenir un emploi et à réaliser les actes de la vie quotidienne et souvent subissent une rupture des liens familiaux et sociaux. Ces effets, conjugués à la stigmatisation et, le cas échéant, à des hospitalisations prolongées et répétées en psychiatrie, elles-mêmes facteur de désinsertion sociale, amènent fréquemment les personnes à la perte de leur logement, à l'errance et à l'exclusion sociale »*.

Cette présentation laissait envisager des actions spécifiques notamment concernant les ruptures de parcours que peut rencontrer ce public dans le cas d'une perte d'autonomie. Il s'avère qu'après lecture de cette feuille de route, très peu d'éléments ressortent sur ce sujet. Il est toutefois possible de retenir des orientations relativement généralistes comme : la dé-stigmatisation, l'accès aux soins, l'éducation à la santé, le principe de rétablissement ou encore la coordination des acteurs du territoire.

B) Les orientations issues du secteur du handicap

Au niveau du Handicap, l'état a publié en 2016 le volet « handicap psychique » de sa stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale. Ce plan structuré en sept axes stratégiques aborde des thématiques comme le repérage précoce et l'accès aux soins, la

coordination en acteurs d'un même territoire, la réhabilitation psychosociale, l'inclusion ou encore l'aide aux aidants naturels. Il vise ainsi la reconnaissance de ce public et son intégration « pleine et entière » dans la société, mais n'aborde pas la période de sa perte d'autonomie. Toutefois l'axe 1 de ce plan « La prise en compte de la spécificité du handicap psychique dans la mise en œuvre des politiques de santé mentale », reprend une notion évoquée par M. Laforcade dans son rapport relatif à la Santé Mentale (Laforcade M. (2016 : 11) : Définir au niveau territorial un panier de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux visant à organiser la prise en charge en santé pour un parcours sans ruptures (Action n°1).

Si ce volet « handicap psychique » ne précise pas d'orientations spécifiques en rapports avec la problématique évoquée par ce mémoire, la mise en évidence de certains attendus de la CNSA, pourraient aider à la composition d'une nouvelle offre. En effet, dans le cadre de son 1^e objectif « Prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou d'inadéquation de solution », il est notamment attendu une baisse des hospitalisations évitables, une baisse du délai d'attente entre orientation et admission en ESMS. Dans son 3^e objectif « Consolider une organisation territoriale intégrée au service de la fluidité des parcours de santé et de vie » il est attendu un développement du nombre d'ESMS reconnus pour leur fonction ressources au sein de leur territoire. Ces différentes données peuvent permettre d'envisager les attentes des pouvoirs publics à ce niveau, les latitudes des ESMS quant au développement de leurs activités et inciter les directions à proposer des solutions répondant à ces attentes.

C) Les politiques publiques en matière de vieillissement

Les politiques publiques en faveur des personnes âgées sont en constante évolution. Les plans et loi se succèdent à un rythme soutenu, ce qui marque bien la volonté des pouvoirs publics d'améliorer la place, la considération et la prise en charge du grand âge dans notre société. Pour ne parler que des derniers textes il est possible de citer la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement du 28 décembre 2015, la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ou encore le plan Grand âge et autonomie de 2022.

Aussi l'actualité récente (Covid, ORPEA, etc.) incite les pouvoirs publics à axer leurs orientations stratégiques vers l'évaluation de la qualité des prestations, le renforcement des équipes ou encore le maintien à domicile. Ne sont pas réellement évoquées dans ces plans les problématiques quotidiennes rencontrées par les professionnels d'EHPAD comme la gestion de publics hétérogènes, la sécurité de tous, quand certains usagers peuvent avoir des comportements à risques. Déclinés au niveau départemental ces plans dressent des orientations à destination d'un public dont le vieillissement pourrait être qualifié de « normal » ou en tous cas de prédictible.

La maladie d'Alzheimer bénéficie d'un intérêt particulier sur le plan des politiques nationales. En effet, elle a fait l'objet de plusieurs plans qui se sont succédés depuis une vingtaine d'années. Aussi ces plans ont progressivement élargi leurs publics cibles. Entre le 1^e plan « Alzheimer » paru en 2001, et le 4^e plan « Maladies Neuro Dégénératives » de 2014, leur terminologie s'est élargie, et les recommandations de prise en charge également.

L'évolution de cette politique de lutte contre les Maladies Neurodégénératives (MND), pourra m'être utile dans les chapitres suivants puisqu'il questionne l'évolution des UHR et la prise en charge de la démence.

Enfin, au niveau régional le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 fait le constat d'une forte augmentation de l'offre d'accueil pour les personnes handicapées vieillissantes (ARS NA, 2018 : 15). En effet, il précise qu'entre 2010 et 2014 celles-ci ont augmentées de 70 %. Toutefois, cette augmentation reste insuffisante au regard de la demande, et visiblement les places semblent inégalement réparties sur le territoire néo-aquitain. Autre précision du COS, 70% des places de SAMSAH seraient occupées par des personnes en situation de handicap vieillissantes.

Le Programme Régional pour l'Accès aux soins et à la Prévention des plus démunis 2023-2028 (PRAPS) ambitionne six axes stratégiques développés en 12 actions. Ces axes demeurent très généralistes et aucun ne vise spécifiquement des actions concrètes vis-à-vis du public pris en compte dans ce mémoire. Je retiendrai le développement d'actions de promotion et de prévention de la santé en direction des publics cumulant des fragilités, le renforcement de l'accès aux soins, la réduction des ruptures de parcours de santé. Enfin le Projet Régional de Santé qui est en cours de révision, ne me permet pas à ce jour de connaître son contenu pour les 5 années à venir.

Pour conclure, je constate que ce public au croisement de plusieurs secteurs, semble invisible. A l'image de la complexité à le définir, il semble également compliqué de trouver des orientations qui le concerne spécifiquement. Il semblerait que la psychiatrie ait pris le virage de la santé mentale et s'attelle à déployer des moyens sur la déstigmatisation, son développement ambulatoire, ou encore le « bien être mental » de la population. Le secteur du handicap quant à lui a fortement axé ses travaux sur l'inclusion, et les politiques relatives au grand âge sur les maladies neurodégénératives.

Les personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères semblent, elles, être passées au travers ces plans. Comme l'évoque l'ANESM, se sont bien souvent des personnes dans la « non-demande » et dont il est facile de sous-estimer les difficultés du fait de « l'invisibilité de leurs troubles ».

Partant de ce constat, il m'a semblé nécessaire de recenser les dispositifs du territoire creusois susceptibles d'accueillir des personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères, afin de dresser un bilan de l'existant et d'en mesurer les écarts avec les besoins identifiés, pour défendre la structure que je dirigerai.

1.2 Le territoire creusois : une offre diversifiée, mais fragile et peu spécialisée aux troubles psychiques sévères

La Creuse compte 115 995 habitants pour une superficie de 5 565 km² (INSEE, 2023 : 2). Elle affiche un territoire rural marqué par une très faible densité de population (21 habitants au km répartie en une multitude de petits villages ou hameaux assurant a minima les besoins de proximité.

En écho aux données régionales, la Creuse détient le titre de département le plus vieux de France. Sa moyenne d'âge est de 47,7 ans (Nouvelle-Aquitaine 42,8, France 41,2). La part de personnes âgées de 65 ans ou plus est de 30%, dont 15% de plus de 75 ans. De plus, le département affiche un taux de pauvreté moyen de 18% (INSSE, 2023 : 1), dont un taux supérieur à 17% pour les plus de 75 ans, ce qui le fait entrer dans les départements les plus pauvres de France. A cela s'ajoute une réelle problématique de mobilité des personnes et notamment des personnes âgées.

1.2.1 Secteur de la personne âgée et du vieillissement

Avant d'investiguer le secteur spécialisé du handicap et de la psychiatrie, je me suis intéressée aux dispositifs de droit commun existant sur le territoire ainsi qu'à l'offre libérale en place.

A) Un territoire fortement impacté par la désertification médicale

La Creuse est un département fortement impacté par la désertification médicale. Cette donnée est à prendre en compte dans l'aperçu des dispositifs en place sur le territoire, car elle les fragilise énormément, et peut rapidement mettre en péril leur fonctionnement voire leur ouverture.

A titre d'exemple, en 2016 la Creuse comptait 112 médecins généralistes libéraux (soit 87 médecins pour 100 000 habitants), ce qui est inférieur à la moyenne régionale (103). Depuis 2002 le département a perdu 29 % de ses médecins généralistes, et cette baisse devrait encore se poursuivre dans la mesure où 39 % de médecins encore en activité ont 60 ans et plus (ARS NA, 2017 : 40).

Cette pénurie médicale impacte donc fortement l'accès à un médecin généraliste, pour assurer le suivi régulier des personnes et notamment des personnes âgées. Les problématiques de mobilité compliquant d'autant plus cette situation. L'accès aux médecins spécialistes suit le même mouvement, et les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont considérables (entre 3 mois et plus de 6 mois).

Sur le plan de l'aide à domicile, le territoire est relativement bien doté avec un nombre d'infirmiers à domicile supérieur à la moyenne nationale (1106 pour 100 000 habitants, vs 956 pour 100 000), et une diversité de dispositifs d'aides et d'accompagnement en place (SSAD, portage des repas, etc.). Ces derniers développés grâce à une forte politique de maintien à domicile pilotée par le Conseil Départemental, à travers son schéma départemental des personnes en perte d'autonomie.

Concernant les établissements d'hébergement, le département de la Creuse compte 35 EHPAD et 1 foyer résidence. L'ensemble de ces structures représente une capacité d'accueil de 2774 places. La majorité de ces établissements fonctionnent sous un statut public. L'offre est généraliste et aucun de ces établissements n'affiche de prise en charge spécialisée.

B) Une filière gériatrique relativement bien structurée mais fragile

Depuis fin 2011, le département de la Creuse a structuré l'organisation de la prise en charge des personnes âgées dans le respect de la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Portée par le service de gériatrie du CH de Guéret, celle-ci est dotée :

- D'un service de court séjour gériatrique implanté au CH de Guéret,
- D'une équipe mobile de gériatrie, porté par l'établissement support (CH de Guéret),
- De consultations mémoire portées par l'établissement support,
- Plusieurs services de soins de suite et de réadaptation gériatriques (SSR), implantés dans 5 bassins de vie du département (Guéret, Aubusson, La Souterraine, Bourganeuf et Evaux-les-Bains) appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance,
- De 5 Unité de Soins de Longue Durée (USLD), adossés aux hôpitaux locaux du territoire.

A ce niveau la quasi-totalité des EHPAD ont conventionné avec le Centre Hospitalier départemental, qui dispose d'un service spécialisé en gériatrie et d'urgences / SAMU. Ces conventions ont vocation à orienter autant que possible les personnes âgées vers le service de gériatrie (de façon programmée si possible), afin d'éviter un passage de la personne aux urgences. Il est à noter que ce service a dû fermer pendant pratiquement 24 mois, du fait du départ à la retraite de son médecin.

Cette situation a véritablement dégradé le parcours de santé des personnes âgées, notamment celles vivant en EHPAD, qui pâtissent déjà d'une carence en médecins généralistes et coordinateurs. Aussi, durant cette période, de nombreuses personnes avec troubles du comportement ont été orientées vers la psychiatrie, faute de solution. Aujourd'hui ce service a réouvert 12 lits, ce qui est un début, mais qui ne permet pas d'absorber les besoins du territoire.

C) Une bonne structuration de la prise en charge des maladies neurodégénératives. S'agissant de la « sous filière Alzheimer », le département compte 12 unités Alzheimer (UA), 6 PASA, deux équipes mobiles Alzheimer, 4 places d'accueil d'urgence, d'un lieu de consultations mémoire, d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), de 12 places et une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) de 14 places. Le département dispose également de 3 places d'accueil de jour et d'une plateforme d'accompagnement et de répit (PFR).

Dans le cadre de l'information et de la coordination, la filière dispose d'un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) découpé en 4 secteurs et d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA-DAC), pour organiser l'orientation et la gestion des cas les plus complexes.

Ce tableau met en évidence les avancées en termes de prise en charge et d'accompagnement des maladies neurodégénératives, corrélatives à plus de 20 ans de successions de plans nationaux (plan Alzheimer, MND, etc.). Aussi, nous aurons l'occasion de revenir sur ce thème dans les prochains chapitres, en lien avec l'UHR intégrée dans le Logis de Valric, et qui est une unité issue du plan Alzheimer 3^e génération.

1.2.2 Secteur du handicap

Le département de la Creuse est relativement bien doté en dispositifs médico-sociaux, du fait d'un nombre d'allocataires de l'AAH (4,4%), supérieur à la moyenne régionale (3,3 %) et nationale (2,8%) (ARS NA, 2023, : 207). Cinq associations évoluent historiquement dans le territoire : l'ADAPEI 23, l'APAJH 23, l'ALEFPA, la Fondation Jacques Chirac et la Fondation Partage et Vie. Toutes disposent de structures d'hébergement spécialisé et/ou de services de suivis au domicile.

Dans ce travail je ne m'intéresserai qu'aux structures pouvant accueillir des personnes de plus de 60 ans, atteintes de troubles psychiques sévères.

A) Les maisons d'accueil spécialisées et foyer d'accueil médicalisés

Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) sont des établissements d'hébergement et de soins dont la mission est d'accueillir des personnes adultes dont le ou les handicaps les placent dans une incapacité à réaliser seuls les actes de la vie quotidienne. La distinction entre ces deux structures reste minime et dépend parfois de l'historique de la structure, toutefois les FAM ont une orientation plus marquée vers l'accueil de personnes en situation de handicap psychique.

Le territoire Creusois dispose actuellement d'un FAM et de quatre MAS :

- Le Foyer d'Accueil Médicalisé situé à Gentioux-Pigerolles, porté par l'APAJH 23. D'une capacité de 56 places, il accueille des personnes adultes atteintes de handicap (moteur, intellectuel, psychique) ou de troubles du spectre autistique. S'il accueille des personnes

en situation de handicap psychique ce profil n'est pas le plus représentatif de ces 56 usagers. Cette structure est actuellement complète et dispose d'une liste d'attente.

- La MAS de Sauzet à Budelière, d'une capacité de 60 places, qui est gérée par l'APAJH 23 et qui a orienté sa prise en charge vers les personnes atteintes de déficience intellectuelle.

- La MAS « Les chaumes » de Clugnat, portée par l'APAJH 23, d'une capacité de 36 places, qui s'est spécialisée dans l'accueil de personnes en situation de polyhandicap et d'autisme.

- La MAS « La rose des vents », implantée à Guéret, portée par la fondation Partage et Vie, d'une capacité de 60 places, qui est spécialisée dans l'accueil de personnes atteintes de polyhandicap et d'autisme.

- La MAS « Du Puy des Trois Cornes » à Saint-Vaury, portée par le CH La Valette, d'une capacité de 24 lits et places d'accueil de jour. A ce jour cette structure accueille des personnes en situation de handicap mental et psychique. Actuellement la moyenne d'âge des usagers est de 41 ans, du fait de l'arrivée récente de nouvelles personnes. Cette structure est complète et dispose également d'une liste d'attente.

B) Les foyers occupationnels et foyers de vie

Les foyers de vie et les foyers occupationnels sont des établissements qui ont pour missions d'accueillir des adultes en situation de handicap, disposant d'une certaine autonomie et ne nécessitant pas de soins quotidiens.

- Le Foyer de Vie de Chatain, situé à Arfeuille-Châtain, porté par l'APAJH 23, d'une capacité de 32 places, qui s'est orienté vers l'accueil de personnes en situation de handicap intellectuel.

- Foyer de vie de Courtille, situé à Guéret, géré par l'ADAPEI 23, d'une capacité de 24 places. Cette structure accueille essentiellement des personnes issues de ses autres dispositifs, notamment les foyers d'hébergement lorsque ceux-ci ne répondent plus à leurs besoins. Ce foyer de vie s'est essentiellement orienté vers l'accueil de personnes en situation de handicap intellectuel.

Bien que toutes ces structures soient ouvertes avec une orientation de public mixte, les spécificités de chaque public font que chacune d'entre elles a tendance à spécialiser sa prise en charge, afin de gagner en compétences et expertises, dans l'intérêt de ces derniers.

C) Les services de suivi en milieu ordinaire

- Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Les SAVS ont « *pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* » (Décret du 11 mars 2005).

La Creuse dispose à ce jour de 170 places de SAVS. Ces dernières sont portées par trois associations qui se partagent le territoire. Leurs autorisations sont les suivantes : 55 places pour l'ALEFPA, 98 places pour l'ADAPEI, 17 places pour l'APAJH 23. Ces places de SAVS sont régulièrement toutes occupées et permettent de suivre de nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques dont l'état est dit stabilisé. A ce titre les trois associations travaillent en lien étroit avec les services de psychiatrie, ce qui permet d'anticiper, voire d'assurer le relai dans le cas d'une dégradation de l'état de santé psychique d'un des usagers accompagnés.

- Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

L'article D312-162 du Code de l'action sociale et des familles précise que « *Les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de réaliser les missions d'intégration sociale et professionnelle également dévolues aux SAVS.*

La Creuse dispose depuis peu d'un SAMSAH porté par l'APAJH 23 (autorisation ARS début 2022). D'une capacité de 9 places, sa récente ouverture va permettre à des usagers de bénéficier d'un accompagnement médico-social associé à un suivi sanitaire (psychiatrique).

Ces places peuvent répondre aux besoins de personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères, sous réserve qu'elles aient obtenu une reconnaissance de la MDPH. Ce dispositif promeut ainsi le maintien d'une vie en milieu ordinaire, et ce jusqu'à la perte d'autonomie de la personne. Toutefois, ces 9 premières places semblent déjà embolisées par une liste d'attente importante. En effet, lors de sa construction, ce projet avait fait état d'un besoin d'une trentaine de places pour le territoire creusois. De ce fait, lors de la préparation de son ouverture, les critères d'admissibilité se sont orientés vers des publics atteints de troubles psychiques légers et stabilisés.

1.2.3 Offre en santé mentale

Ouvert en 1961 le Centre Hospitalier La Valette est l'établissement public de santé spécialisé en psychiatrie et en santé mentale pour le département de la Creuse. Les missions qui lui incombent sont la prévention, le diagnostic, les soins, la réhabilitation psycho sociale, la formation des professionnels, la gestion des urgences psychiatriques pour le territoire creusois.

Aussi, afin de répondre au mieux aux besoins de prise en charge de proximité, le Centre Hospitalier La Valette a développé des activités alternatives à l'hospitalisation complète en ouvrant des unités ambulatoires et d'hospitalisation partielle sur l'ensemble du département.

A) Organisations et autorisations du CH La Valette

L'établissement est autorisé pour 331 lits et places sanitaire et médico-sociales. En référence à la décision de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine du 26 mai 2018, et aux autorisations de création accordées en 2019, l'établissement dispose donc de (données issues du site internet de l'établissement) :

- 105 lits d'Hospitalisation Complète pour adultes,
- 99 places pour adultes (Hôpital de jour, Hôpital de nuit, Accueil Familial Thérapeutique,
- 34 places pour enfants (Hôpital de jour, Accueil Familial Thérapeutique),
- 10 lits de Soins de Suite et de Rééducation en Addictologie de (SSRA),
- 10 places d'Hôpital de jour en Addictologie (Médecine - T2A),
- 5 places d'Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT),
- Un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention des Addictions (CSAPA),
- Une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de 24 lits et 4 places d'accueil de jour,
- Un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de 40 lits dont 14 lits d'Unité d'Hébergement Renforcé (UHR).

A noter que depuis 2012, une convention de direction commune le lie avec un EHPAD de 68 lits, situé à La Chapelle Taillefert, et depuis le 1^{er} janvier 2020 le CH La Valette est en Direction Commune avec le CH Esquirol, établissement public de santé mentale de la Haute-Vienne.

Dans le respect du PRS 2012 l'établissement est organisé en 2 pôles cliniques :

- Un pôle de psychiatrie adulte, composé de filières spécifiques de prise en charge :
 - Une filière de psychiatrie générale,
 - Une filière de réhabilitation psychosociale,
 - Une filière de psychiatrie du sujet âgée,
 - Une filière d'addictologie – santé/justice,
- Un pôle de psychiatrie infanto-juvénile, réunissant trois filières spécifiques de prise en charge (Périnatalité, Enfants et Adolescents).

Sans entrer plus dans les détails de l'organisation du CH La Valette, je vais essentiellement m'intéresser à la filière de psychiatrie de la personne âgée, comprendre à qui elle se destine et comment elle est organisée.

B) A qui se destine la psychiatrie du sujet âgé ?

La psychiatrie de la personne âgée est une sous-spécialité de la psychiatrie générale, relativement récente (années 50). Souvent organisée en filière elle a vocation à accompagner trois grands groupes de personnes (Pancrazi et al., 2015 : 755) :

- Les personnes atteintes troubles mentaux depuis de nombreuses années. Elles sont en général déjà connues et suivies au long cours par les services de psychiatrie, ont vécu des

parcours de vie parfois chaotiques et/ou connu des moments de ruptures de soins. Sans véritable suivi régulier ces personnes peuvent facilement et rapidement se mettre en danger du fait de l'évolution de leur pathologie et de possible moments de décompensation.

- Les personnes atteintes tardivement d'affections psychiatriques (entre 60 et 65 ans). Généralement méconnues des services (psychiatrie et filière gériatrique), la problématique résulte essentiellement de la difficulté de repérer ces personnes, d'évaluer leurs troubles dans le but de poser un diagnostic et mettre en place des soins thérapeutiques adaptés.
- Les personnes dont l'avancée dans l'âge va générer des problématiques nécessitant l'intervention et l'expertise de la psychiatrie (maladies neurodégénératives ou neuro-vasculaires, confusion, tentatives de suicide, démence, etc.). En général il s'agit de personnes dont la moyenne d'âge est de plus de 75 ans.

Afin de répondre aux différents besoins de ces personnes, la filière de psychiatrie de la personne âgée de la Creuse dispose des unités et services suivants.

C) Présentation de la filière de psychiatrie de la personne âgée

La filière de psychiatrie de la personne âgée est intégrée au pôle de psychiatrie adulte de l'établissement. Au niveau territorial elle est une composante de la filière gériatrique locale.

Elle dispose actuellement des services et/ou équipes suivantes :

- Une Équipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Âgée (EMPPA) qui prend en charge toute personne âgée de plus de 65 ans, résidant en établissement médico-social (EHPAD), présentant une crise psychique, sur indications. Sa mission est de fournir aux partenaires de soins (notamment les professionnels des EHPAD), un diagnostic psychiatrique, une aide à la décision et au traitement de la crise, voir une orientation dans une unité de soins spécialisée.
- Une unité d'hospitalisation complète de 16 lits, qui a vocation à accueillir les personnes dont la pathologie et/ou l'état d'agitation ne peut permettre d'envisager un maintien au domicile ou se limiter à une prise en charge de jour.
- Une unité d'hospitalisation de jour, positionnée à Guéret et ayant une mission départementale d'expertise et d'évaluation. Cette unité d'accueil de jour propose des temps de consultations spécialisées (psychiatre, neuropsychologue, infirmier, etc.) ainsi que des temps d'activité thérapeutiques notamment destinés à réhabiliter et stimuler les fonctions praxiques et cognitives des personnes.
- L'EHPAD le « Le Logis de Valric » d'une capacité de 40 lits,
- L'EHPAD « La Chapelaude » implantée à la Chapelle Taillefert, structure autonome de 68 lits (direction commune).
- Une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) de 14 lits, ayant vocation à accueillir des patients atteints de troubles sévères du comportement liés à des démences issues de

- la maladie d'Alzheimer ou apparentées,
- De Centres de Proximité en Santé Mentale (CPSM) comprenant des CMP, des équipes de secteur et hôpitaux de jours polyvalents. Ils sont implantés au sein des 6 bassins de vie du département et assurent un suivi de proximité, en consultation et/ou au domicile.

Les unités de cette filière permettent de proposer des soins gradués. Pour les personnes dont les troubles sont stabilisés, il s'agira de temps de consultation, de suivi à domicile ou d'activités thérapeutiques réalisées dans les centres de proximité. Pour les personnes dont les troubles nécessitent une prise en charge plus intensive et/ou des évaluations spécifiques, en hôpital de jour. Enfin, si les troubles se révèlent trop envahissants pour la personne et/ou son entourage, il sera proposé une hospitalisation complète. A noter qu'en fonction des troubles et surtout de la situation de la personne (pas de proche aidant, mise en danger d'elle-même ou d'autrui), cette dernière pourra faire l'objet d'un placement sous le régime des soins sans consentement.

Il est important de retenir ce dernier recours, car il est constaté une augmentation du nombre d'hospitalisations sous cette forme. Bien souvent, il s'agit de personnes dont les troubles du comportement deviennent tellement envahissant que les proches, lorsqu'il y en a, les médecins libéraux, voire les médecins coordinateurs des EHPAD utilisent cette procédure, faute de solution immédiate.

1.3 Le territoire creusois : entre public en demande et carence en réponses adaptées

Afin de finaliser cette partie diagnostic, j'ai réalisé une brève analyse de la population creusoise au regard des troubles psychiques, et je me suis intéressée aux besoins des usagers du Logis de Valric et ceux de leurs proches.

1.3.1 Portrait de la population creusoise au regard du handicap psychique

Dans un premier temps je me suis rapprochée de la MDPH afin d'obtenir un aperçu de la population creusoise atteinte d'un handicap psychique enregistrée dans ses services. Bien que ma demande ait été enregistrée, je n'ai jamais obtenu de retour de leur part. De ce fait, comme le Centre Hospitalier La Valette assure le quasi-monopole des prises en charge psychiatriques sur le territoire, je me suis orientée vers l'étude de sa file active.

A) Une analyse basée sur des données sanitaires

Comme évoqué précédemment, en France, le système hospitalier utilise un outil de codification des diagnostics appelé CIM -10. Cet outil est utilisé par les médecins et les équipes soignantes pour déterminer, notamment le diagnostic principal de chaque patient reçu. Ces codages sont répertoriés dans un dossier patient informatisé, nommé « Cariatides »

pour notre établissement. Une partie des données enregistrées est par la suite anonymisée et compilée dans un logiciel (PMSI-Pilot) permettant leur exploitation par les établissements (étude, recherche, bilan d'activité, etc.).

Afin de considérer cette file active, avec l'aide de notre Département de l'Information Médicale (DIM) j'ai recherché dans un premier temps l'activité de l'établissement au regard des personnes de plus de 55 ans. En parallèle je me suis intéressée aux principaux diagnostics en lien avec les troubles psychiques, pour l'année 2022.

Bien que ces données permettent de dresser une image sur une année, pour un public visé, elles sont à utiliser avec précaution. En effet leur justesse tient essentiellement dans la qualité du codage réalisée par les professionnels de terrain. Bien souvent il apparaît des manques dans les renseignements qui ne permettent pas une vision très exhaustive (exemple lieu de vie à l'admission et/ou à la sortie, encore trop rarement mentionné). Toutefois dans le cadre de ce travail, faute de données autres, il permet de mesurer a minima : le nombre de personnes identifiées, la moyenne d'âge, le type de prise en charge, les modes de soins utilisés et leur lieu de vie d'origine.

B) Un public stable entre 2021 et 2022

Au regard des éléments d'analyse en annexe n°1, il est possible de constater que la proportion de personnes suivie par le CH La Valette de plus de 55 ans reste relativement stable entre 2021 et 2022. Ce sont environ 2 800 patients, qui sont suivis chaque année par les services de l'établissement, dont environ 700 nouveaux patients chaque année.

Dans le cas d'une hospitalisation complète il est possible de constater qu'une majorité de patients provient directement du domicile, et à la marge d'un établissement sanitaire. S'agissant de la destination de la personne à la sortie de son hospitalisation, 305 retours au domicile sont répertoriés. Toutefois il semble important de noter que l'orientation vers un établissement médico-social ou vers un établissement MCO augmente à la sortie. Donnée qui laisse supposer que la période d'hospitalisation a permis de mettre en évidence une incapacité pour la personne à revenir chez elle.

S'agissant du type de prise en charge, celle-ci est majoritairement ambulatoire, et réalisée par l'Équipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé. Ce qui permet de constater que la population bénéficie d'un suivi psychiatrique au sein de son lieu de vie, qu'il s'agisse du domicile ou d'un établissement médico-social. Pratique qui correspond aux attentes des différents recommandations et plan en santé mentale (Cf. chapitre supra).

Les hospitalisations partielles sont à la marge, ce qui peut s'expliquer par une réduction d'activité de ce service, suite à une carence en personnel soignant sur l'année 2022. Enfin les hospitalisations complètes ont concerné 259 personnes pour 381 séjours. Donnée qui

laisse supposer des périodes de ré-hospitalisations ou de changement de mode d'hospitalisation de certains patients.

Enfin, s'agissant des modes de soins, la majeure partie s'effectue selon une hospitalisation dite libre. Toutefois 73 relèvent de soins sans consentement. Cette donnée permet essentiellement de constater le degré d'urgence de l'hospitalisation de la personne.

C) Des troubles psychiques sévères au-delà de 55 ans

Au niveau diagnostic, sur les 2 800 personnes suivies par les services de psychiatrie, approximativement un tiers serait atteint de troubles psychiques, à un degré plus ou moins sévère. Bien évidemment tous n'ont pas perdu leur autonomie et ont toujours la capacité de vivre au domicile ou dans un établissement médico-social. Ce chiffre met surtout en évidence qu'une part non négligeable de cette file active nécessitera peut-être dans un futur plus ou moins proche un suivi spécifique en raison de la perte de son autonomie et de la dégradation de ses troubles. Enfin, ces données confirment le constat que de nos jours, à l'image de l'allongement de l'espérance de vie de la population, les personnes atteintes de troubles psychiques, dont des troubles psychiques sévères et persistants, ont une espérance de vie supérieure à celle constatée il y a quelques décennies.

1.3.2 Le point de vue des usagers et de leur famille

Au regard des éléments évoqués, et avant d'envisager des solutions, je suis allée interroger les usagers de l'EHPAD et leur famille sur leurs besoins et leur avis sur l'établissement. Pour cela j'ai utilisé le temps passé avec eux pour renouveler les membres du Conseil à la Vie Sociale. Que ce soit lors de la recherche de candidats ou au moment des élections, j'ai sondé les personnes afin d'essayer d'obtenir un retour à ce sujet.

A) Le point de vue des usagers

Sur les 34 résidents présents sur cette période d'audit (mois de mai), seulement 15 d'entre eux avaient la capacité de s'exprimer verbalement, et/ou de comprendre le motif de ma présence et les questions posées. Il va de soi que dans le cadre de la réalisation d'un mémoire, le temps manque un peu, et il est probable que d'autres résidents auraient pu donner leur avis. Cela aurait supposé un travail de fond permettant de rendre encore plus accessible mes questions (réalisations de pictogrammes, etc.).

Néanmoins, sur les 15 répondants, une personne m'a rapporté que tout serait à refaire dans l'EHPAD. Lorsque je lui demandais de préciser un peu son affirmation, elle n'a pas souhaité aller plus loin. Cependant elle a évoqué son souhait de quitter l'établissement pour se rapprocher de sa ville natale "Marseille". Difficile dans ces cas-là de distinguer si son mécontentement était dû à son envie de partir, ou à un réel sentiment que l'EHPAD ne répondait pas à ses besoins, ou les deux.

Pour les autres résidents il apparaît que tous semblent contents de l'établissement. Retours à prendre avec toutes les réserves quant à leur compréhension des termes : répondre à vos besoins, bien-être, qualité de vie, accompagnement, activités.

S'agissant des axes d'amélioration évoqués, les sujets ont essentiellement tourné autour des repas et des activités :

- Manger les légumes du jardin dans un atelier cuisine,
- Faire un atelier cuisine,
- Aller plus souvent au restaurant,
- Sortir plus souvent à la cafétéria thérapeutique (lieu stratégique où les patients et les agents ont plaisir à se retrouver, et où les résidents les plus autonomes de l'EHPAD et de la MAS peuvent se rendre seuls, car situé dans l'enceinte de l'hôpital),
- Ecouter plus de musique,
- Faire plus de promenades,
- Pouvoir faire des sorties seul sans le groupe,
- Repeindre les chambres.

Ces retours me seront utiles dans la construction d'activités en cohérence avec les besoins exprimés, aussi, ils relèvent bien de besoins identifiés dans les RBPP. Ils seront donc utilisés dans la construction d'un nouveau programme d'activités. A ce titre j'entends les utiliser comme trame de travail lors des prochains CVS.

B) Le point de vue des familles

Recueillir le point de vue des familles et leur ressenti quant à la capacité de l'EHPAD à répondre aux besoins de leurs proches est une gymnastique intéressante qu'il semble nécessaire de faire évoluer. Dans un premier temps, il apparaît flagrant que les proches ne sont pas familiarisés avec ce type de sondage. J'ai pu ressentir une certaine difficulté pour les quelques proches audités à me répondre. De ce fait, il fut délicat pour moi de discerner si les hésitations à répondre relevaient d'une potentielle crainte que l'institution remette en question la prise en charge de leur proche, dans le cadre de retour(s) négatif(s) ou si elles relevaient plutôt d'une méconnaissance des prestations et activités réalisées par l'établissement, ou encore, simplement d'un besoin de prendre du recul sur la question pour apporter une réponse plus argumentée dans un temps ultérieur. Toujours est-il que les retours étaient relativement génériques et similaires :

- L'équipe soignante est très bien, elle s'occupe bien du résident en question, elle est facilement joignable, les agents n'ont pas un travail facile, etc.
- La proximité de l'EHPAD du lieu de vie est appréciée,
- La prise en charge du proche dont le comportement est compliqué est un soulagement.

Au-delà du constat selon lequel les familles se positionnent plus dans une certaine gratitude envers l'équipe et de l'institution, il apparaît flagrant qu'un travail de communication avec les familles doit être instauré. Proposition de travail à prendre avec la prudence qui s'impose, quant au nombre de familles identifiées, et leur capacité/possibilité à s'investir dans ce partenariat (âge, mobilité, qualité du lien existant avec leur proche, etc.).

Si des besoins spécifiques n'ont pu être clairement identifiés, il apparaît ainsi indispensable du point de vue de l'institution, de créer ou recréer du lien et des échanges avec les familles. J'utiliserai donc ce constat comme une orientation du futur projet de l'établissement.

C) La vision d'une association spécialisée

Si les échanges que j'ai pu réaliser avec les usagers et les familles m'ont permis de dresser un premier constat de terrain, ils ne m'ont pas véritablement apporté de réponses spécifiques relatives aux besoins de ce public.

De ce fait, je me suis rapprochée des travaux réalisés par l'UNAFAM qui est une association de personnes ayant un proche atteint de troubles psychiques. Cette association est relativement bien implantée sur le territoire français et dispose d'une association départementale avec laquelle l'établissement travaille depuis de nombreuses années.

Dans une de ses publications (De Berranger S., 2003 : 148-152), elle précise qu'il n'est pas possible de parler de handicap psychique sans évoquer la famille, qui va de fait se retrouver fortement « impliquée dans le processus de la maladie ». Longtemps culpabilisée, voire accusée à tort d'être à son origine (hérédité, etc.), elle est pourtant la plus exposée à l'évolution des troubles de leur proche (agressivité, violence, et autres troubles du comportement).

Dans cet article l'UNAFAM fait le constat d'un manque de réflexion sur le vieillissement de ces personnes. En effet, avec le développement de la psychiatrie « hors les murs » les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent vivre dans leur milieu ordinaire, bien souvent dans leur famille. Il arrive aussi malheureusement, que la maladie ait réussi à détruire les liens familiaux, et que la personne se retrouve seule, dans une situation relativement marginale.

Comme toute famille touchée par le handicap d'un enfant, l'UNAFAM évoque la question du relai. Qui ou plutôt quelle structure sera en mesure de s'occuper du proche lorsque cette famille ne sera plus en mesure de le faire. L'UNAFAM insiste sur le fait que tous les dispositifs en place ne sont pas en mesure de gérer ce handicap (faute de personnel, et/ou de personnel formé).

La question des maisons de retraite est évoquée avec une certaine hésitation. Elle précise qu'un accueil pourrait être possible, mais avec des moyens supplémentaires et de la formation. Aussi elle ajoute que les dispositifs créés pour accompagner les personnes

atteintes de maladie d'Alzheimer peuvent être un exemple de solution, mais restent en priorité fléchés pour ce public.

1.3.3 Handicap psychique vieillissant : un territoire en carence d'accompagnement spécialisé

Si le territoire creusois semble disposer d'une offre complète, il est possible de constater l'absence d'un dispositif permettant d'accueillir les personnes atteintes de troubles psychiques sévères et en perte d'autonomie. Certes quelques dispositifs peuvent assurer cette mission, mais de façon marginale ou encore sans étayage de leurs professionnels.

A) Un territoire rural en déclin médical

La pénurie médicale subie par le territoire creusois impacte fortement l'ensemble de la population. Ce constat vaut donc également pour les personnes en situation de handicap psychique, qui ont déjà un rapport particulier avec le milieu du soin. Si le centre hospitalier tente de soigner au plus près du lieu de vie des patients, dans une dynamique de soins ambulatoires, il n'est pas le seul acteur de soin de ces personnes. Le médecin généraliste, encore appelé médecin de famille est souvent en première ligne et très présent dans la prise en charge médicale de ce public. Il assure une veille, quant à l'évolution des troubles et joue souvent l'interface avec les familles et/ou les dispositifs d'accompagnement au domicile.

Cette pénurie impacte donc la qualité de prise en charge de ces personnes. Par exemple lorsqu'un médecin fait valoir ses droits à la retraite, il n'est pas systématiquement remplacé. Se crée alors un parcours du combattant pour trouver un médecin de remplacement. Pour des publics dans la non-demande, ou encore dans le déni de pathologie, et bien souvent porteur d'une problématique de la relation à l'autre, ce fait peut vite dériver vers des ruptures de parcours et des situations à risques.

Ce phénomène s'invite également dans les EHPAD qui peinent de plus en plus à trouver des généralistes pour leurs usagers et des médecins coordinateurs. Les conséquences sont elles aussi graves puisque faute de suivi les professionnels se retrouvent à gérer des situations de crise, potentiellement évitables, et cela quel que soit l'affection de la personne.

B) L'absence d'hébergement spécialisé

Si le département semble bien doté en établissements et services relevant du secteur du handicap, il apparaît que ceux-ci affichent des taux d'occupation proches de 100%. Certains précisent même qu'ils ont une liste d'attente de plusieurs personnes. Détails qui ne permettent pas de s'appuyer sur ces structures pour envisager des orientations. Aussi, au regard des évolutions des politiques publiques les concernant, la plupart ont tendance à se spécialiser vers un public en particulier. Les certifications « Handéo » par exemple ont accentué

ce phénomène avec le développement de spécialités telles que l'autisme ou encore le polyhandicap.

Mis à part la MAS du Centre Hospitalier La Valette, qui s'oriente vers l'accueil de personnes atteintes de handicap psychique, et qui envisage d'ailleurs de s'investir dans la certification « Handéo - handicap psychique », les autres établissements n'accueillent que marginalement ce profil de personnes.

Dans le secteur de la personne âgée, les EHPAD sont bien sujets à accueillir des personnes en situation de handicap psychique. Bien souvent ces dernières proviennent du domicile et leur admission est réalisée sans complication, dans la mesure où la maladie est stabilisée. Toutefois, dès l'apparition des premiers troubles psychiques la situation peut vite s'avérer complexe à gérer par les équipes. En effet si les troubles sont trop importants, il y a de fortes probabilités que cette personne déstabilise le collectif, qu'il s'agisse des usagers mais également des professionnels. Bien souvent ceux-ci ne sont pas en nombre suffisant, ni suffisamment formés pour les accompagner.

A ce titre, l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée a conventionné avec la quasi-totalité des EHPAD du département. Elle intervient en appui des équipes pour évaluer la situation de la personne, éventuellement faire un ajustement de traitement et si la situation le nécessite, programmer une hospitalisation complète. Souvent, à ce moment-là les EHPAD organisent le transfert de la personne, mais n'envisagent pas forcément son retour.

Une autre réalité des EHPAD consiste à refuser l'admission d'une personne par connaissance de son statut « psychiatrique ». Bien que cela ne soit pas affiché en tant que tel, les professionnels de terrain savent reconnaître ces situations qui malgré tout existent. Cette période de recherche de solution peut alors provoquer des situations à risques pour la personne (ainsi que pour ses proches, s'il y en a), puisqu'elle se retrouve vulnérable, à son domicile. En cas de réelle mise en danger elle sera sans doute hospitalisée, faute de mieux.

Enfin, faute de médecin et de suivi médical, et faute de solutions alternatives il est constaté une augmentation du nombre d'hospitalisations de ces personnes sous la forme de soins sans consentement. Hospitalisation lourde qui la prive de ses libertés, et peut l'exposer à des patients parfois dangereux.

C) La mixité des publics en établissement : Une difficile cohabitation

Tant dans la littérature que par le diagnostic, il apparaît souvent une difficulté pour les EHPAD à accueillir des personnes en situation de handicap psychiques. J'ai donc recherché à comprendre qu'elles pouvaient en être les causes profondes et les répercussions sur la situation actuelle de ces établissements.

En 2014, Famidac publiait un article portant sur la difficile cohabitation du public psychiatrique au sein des EHPAD (FAMIDAC, Quand les fous vieillissent, novembre 2014). En 10 ans les choses ne semblent pas avoir beaucoup évoluées et les problématiques ciblées semblent encore d'actualité :

- Une difficulté à appréhender la survenue des troubles : Le Dr Larotte, psychiatre, précise « *qu'une personne atteinte de troubles psychiques peut à tout moment devenir dangereuse* » c'est un principe de base à retenir, leur équilibre peut se rompre à tout moment ». A ce titre cet article fait état de nombreux exemples de situations mettant en insécurité les usagers mais également les professionnels. Pourtant le Dr Larotte souligne que ce sont malgré tout, des gens « comme les autres » et s'ils en ont l'âge, et s'ils sont stabilisés pourquoi n'auraient-ils pas le droit d'aller en EHPAD.

- La difficile cohabitation entre un public psychiatrique et un public qui aspire à vieillir en paix : si dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire je me positionne plutôt en faveur du public visé et de ses besoins, il n'en demeure pas moins que dans une réflexion portée sur un hébergement collectif de public mixte, il soit nécessaire de prendre un peu de recul et de réfléchir au ressenti des uns et des autres. Une personne âgée vieillissante, sans trouble apparent mais seulement en perte d'autonomie accueillie en EHPAD est-elle en mesure d'accepter cette mixité ou lui est-elle imposée ? J'entends par là, quelle est sa connaissance sur l'éventuel degré de dangerosité de la personne, a-t-elle envie de vieillir entourée de personnes atteintes de troubles psychiques, quelle image cette mixité lui renvoie-t-elle ? En voulant inclure à tout prix ne devenons nous pas maltraitant envers les autres ? Autant de questions qui restent à l'appréciation de chacun mais qui méritent d'être posées, notamment au regard de l'obligation éthique d'un établissement et de sa direction.

- Entre volonté d'inclusion et principe de réalité, un fossé à combler : l'article déjà cité reprend les propos d'un directeur d'EHPAD qui explique recevoir régulièrement des demandes d'admission pour des personnes à profil psychiatrique. Il explique les refuser systématiquement. Ce témoignage en dit long sur la peur que peut engendrer l'accueil d'un tel public. Propos qui peuvent se comprendre, surtout si des premiers essais se sont révélés être des échecs. Sans revenir sur les moyens dont disposent les EHPAD, il est compréhensible que ceux-ci puissent être réticents à l'idée d'accueillir ces publics spécifiques, d'autant plus lorsqu'ils ont le choix entre plusieurs profils.

Force est de constater que si une partie des personnes atteintes de troubles psychiques peut intégrer un EHPAD et y vivre sans aucun problème, une autre ne le pourra certainement pas, en tout cas dans leurs conditions actuelles de fonctionnement.

2 A la recherche d'une solution adéquate

Le diagnostic réalisé a permis de faire ressortir les besoins d'un public vieillissant atteint de troubles psychiques sévères. Il a également permis de confronter ses besoins avec les dispositifs en place sur le territoire. De ce travail il ressort qu'il manque un dispositif adapté, qui permettrait de répondre aux besoins en soins, en accompagnements vers l'extérieur mais également au besoin de soutien dans les actes quotidiens (maintien des acquis, stimulation, etc.). Le travail avec les partenaires semble aussi indispensable, afin de les préparer au mieux à accompagner ce public. Enfin il demeure une part importante de travail avec les familles.

Partant de ce constat et d'exemples concrets, je me suis attachée à rechercher comment le Logis de Valric pourrait apporter une réponse adaptée. La finalité étant de pouvoir les transposer en orientations stratégiques qui puissent servir de guide à l'équipe dans le cadre de la recomposition de l'offre de l'EHPAD, via la rédaction de son projet d'établissement.

2.1 De la recherche d'exemples à l'élaboration d'une nouvelle offre

Une des difficultés concernant les personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques est que peu de solutions existent. Des initiatives fonctionnent, mais restent isolées et spécifiques à chaque territoire. La solution réside donc dans la composition d'une offre propre au territoire creusois.

2.1.1 A la recherche d'une solution adaptée

Les effets du vieillissement sur ce public et la perte d'autonomie qui en découle sont relativement plus précoces que pour des personnes bénéficiant d'un vieillissement « normal ». Leur admission en établissement oscille en moyenne entre 60 et 70 ans, et dans certain cas peut être prononcé avant 60 ans, par dérogation. De ce fait, ce public est relativement plus jeune que le public généralement accueilli en EHPAD. Bien que leur degré d'autonomie requiert un accompagnement quotidien, il n'en demeure pas moins qu'il suscite des demandes différentes de personnes ayant en moyenne une vingtaine d'années de plus qu'elles. A cela s'ajoute la nécessité d'un accompagnement bien spécifique intégrant une bonne connaissance en psychopathologie.

A) Des réflexions en cours au niveau de l'Île de France

Si certains ont franchi le pas de la création d'établissement spécialisés, d'autres territoires commencent à se pencher sur le devenir de ces publics. Par exemple, dans une interview Madame Isabelle Bilger, Directrice de l'autonomie au sein de l'ARS Île de France précise que depuis plus d'une dizaine d'années il est constaté l'arrivée de patients psychiatriques chroniques au sein des EHPAD (EHPA Presse, 2022). Elle souligne que certains territoires

ont déjà apporté des réponses, mais que ces initiatives restent souvent isolées, faute de réponse encadrée par les politiques publiques. A ce sujet elle annonce que le territoire d'Île de France a engagé une réflexion. Selon elle la prise en compte de ces publics « peut passer par trois axes » :

- « L'appui d'experts de la psychiatrie auprès des équipes des EHPAD dans leur accompagnement des résidents ». Selon elle, les équipes mobiles « sont à ce titre très pertinentes. Elles permettent de favoriser l'acculturation, la formation, et l'appropriation des projets de soin et projet de vie en établissement pour ce type de résidents ».
- L'adaptation de l'organisation des EHPAD aux besoins de ces publics. Elle précise à ce titre qu'ils mènent une réflexion sur la pertinence de créer des unités spécifiques, à l'image des unités spécialisées créées dans le cadre des différents plans Alzheimer (Unité Alzheimer, PASA, etc.)
- Enfin elle pointe l'intérêt de développer « des activités thérapeutiques adaptées », comprenant notamment une dimension de sorties vers l'extérieur, très bénéfiques.

En soit ces préconisations n'ont rien de révolutionnaires et semblent à la portée de tout établissement. Toutefois, il apparaît que l'expertise de la psychiatrie soit indispensable, tant sur le volet du suivi sanitaire que dans l'organisation d'activités spécialisées.

B) L'EHPAD Marie-Pia un établissement dédié aux personnes atteintes de pathologie psychiatrique chronique

Cet établissement dont l'ouverture est récente m'a interpellé car il a fait l'objet d'une large communication sur sa mission. En effet cet établissement s'affiche comme « spécialisé » dans l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques. Afin d'obtenir quelques informations complémentaires, j'ai contacté l'établissement et obtenu un entretien avec sa directrice.

Porté par un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, cet établissement était en projet depuis de nombreuses années. En effet les responsables de l'époque avaient constaté un manque s'agissant de l'accueil de ces personnes, notamment au moment de leur perte d'autonomie. De plus, comme cet hôpital gérait initialement un seul EHPAD généraliste, ils avaient également constaté que la mixité des publics et donc la diversité des besoins, générait une situation non satisfaisante, d'où la volonté d'en créer un second dédié spécifiquement à ce public souffrant de troubles psychiatriques chroniques.

Partant de ce constat le CH a travaillé sur la construction d'un bâtiment neuf, adapté au public psychiatrique, et organisé une prise en charge qui corresponde spécifiquement à ses besoins. La composition de l'équipe de la structure ainsi créée, diffère de celle d'un EHPAD « classique ». En effet, l'équipe pluridisciplinaire est renforcée en personnels éducatifs. Ce

personnel assure ici la mission d'accompagnant dans les actes de la vie quotidienne ainsi que le volet « vie sociale » (activités, animations, ouverture sur l'extérieur, etc.).

Au final, la Directrice, Mme Gasque, me précise que leur pari est gagné, car dirigeant les deux établissements, elle constate que tous deux ont un fonctionnement bien distinct et que visiblement les publics accueillis s'y retrouvent ainsi que les personnels.

Elle précise que ce pari concernait également les financements alloués à ce nouvel EHPAD. Inquiétudes estompées car la première coupe Pathos validée depuis l'ouverture lui confère un indice de GMP de 844 et un PMP de 450. Comme elle le précise très bien, la valeur de ces points confirme bien la quotité de prise en charge que ce public nécessite. Elle se réjouit car celle-ci va lui permettre de renforcer encore un peu l'équipe en compétences supplémentaires.

C) Le secteur du handicap, des compétences reconnues

Ce qui m'a surpris dans mes recherches c'est que les difficultés rencontrées visent essentiellement des structures d'hébergement de type EHPAD. Le secteur du handicap n'est que très peu évoqué. J'imagine que cela est dû à plusieurs raisons.

Les structures issues du secteur du handicap qui accompagnent des personnes atteintes de troubles psychiques savent répondre à leurs besoins. En effet, ce secteur a assimilé depuis de nombreuses années les notions d'inclusion, de développement d'habiletés sociales, d'empowerment, d'autonomisation, etc. Le suivi psychiatrique est souvent géré en interne, par la présence de professionnels, et l'intervention de médecins psychiatres, dans le cas contraire celui-ci est relayé aux services de psychiatrie de secteur, par conventionnement.

Aussi, bien souvent, lorsqu'une personne intègre un dispositif dans ce secteur, il peut y rester sans limite d'âge. Si éventuellement sa perte d'autonomie entraînait une nécessaire réorientation, les associations disposent fréquemment d'un établissement relai pouvant assurer cette perte d'autonomie (FAM ; MAS, etc.).

Les seules limites que j'ai pu recenser dans ce secteur du handicap, tiennent d'une part, à l'absence d'une orientation MDPH idoine, puisque les personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques ne relèvent pas toutes de cette compétence, et d'autre part au manque de place, qui génère une liste d'attente pour la plupart des établissements. Ce dernier point est en décalage avec la notion « d'urgence » dont relève la plupart des situations.

2.1.2 Miser sur la psychiatrie ! Pourquoi et comment ?

Si pour de multiples raisons, le secteur du handicap et celui de la personne âgée ne sont pas à même de répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles psychiques sévères en perte d'autonomie, l'apport de solution peut résider dans le secteur de la psychiatrie.

A ce titre le Logis de Valric pourrait tout à fait répondre aux besoins spécifiques des personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères, puisqu'il peut rassembler, moyennant quelques modifications de fonctionnement, ses deux objectifs sous une même entité : le soin et l'accompagnement.

A) La psychiatrie, oui, mais pas que !

Les exemples précédents semblent montrer la plus-value des interventions de la psychiatrie auprès de ces publics. Si paradoxalement il y a quelques décennies les politiques publiques ont mené de vastes campagnes de fermetures de lits de psychiatrie au profit des soins ambulatoires, une part de ce public suivi hors les murs va, à un moment donné de sa vie, avoir besoin de murs et de professionnels pour s'accomplir.

Toutefois, à l'image de l'EHPAD Marie-Pia, si la solution pour le territoire réside dans la spécialisation d'un EHPAD, géré par la psychiatrie, il n'en demeure pas moins que l'accompagnement doit être celui attendu par les politiques publiques et recommandation de bonnes pratiques évoquées précédemment. J'entends par là, que le public soit acteur, autant que possible, de son projet de vie, et de son cadre de vie. Ce qui sous-entend également que le soin ne prenne pas le pas sur la vie sociale, mais qu'il s'agisse d'un juste dosage des deux.

B) Une nécessaire mesure des risques et des enjeux

Si ces propos semblent simples à formuler, il n'en demeure pas moins qu'ils supputent un profond changement de paradigme au sein d'un établissement et particulièrement au sein d'une équipe dont les habitudes sont bien ancrées depuis plusieurs années. Bien qu'à priori l'équipe semble favorable à une recomposition de leur accompagnement, elle va indubitablement générer des réactions liées à la mise en place d'une dynamique de changement.

Les enjeux dans la transformation d'une offre sont multiples. Au-delà de répondre à des besoins non couverts sur le territoire, ces transformations vont indéniablement venir bouleverser des habitudes de travail, et générer inquiétudes et remises en question. Dans le cadre de ce projet il va essentiellement s'agir de faire intégrer des méthodes issues du monde du handicap dans une structure médico-sociale, gérée au quotidien par des personnels issus du monde de la santé, et spécifiquement de la psychiatrie.

Paradoxe qu'il va falloir gérer en procédant en plusieurs étapes :

- Mettre en œuvre un processus d'acculturation des professionnels,
- Engager une démarche pédagogique permettant de mettre en évidence les bénéfices pour les usagers de ce changement de paradigme,
- Faire émerger les plus-value pour l'équipe d'engager cette spécialisation.

Pour se faire, je ne dispose que d'un minimum de temps de personnel administratif. De ce fait, je suis souvent amenée à traiter directement avec les équipes les questions administratives. Je dispose néanmoins de l'appui de cadres paramédicaux qui, conscients des nécessaires transformations à réaliser, m'accompagnent dans la démarche de changement en faisant preuve d'une grande loyauté. Cette collaboration est constructive, et augure bien du maintien de ce climat quand nous rentrerons dans des sujets plus délicats, comme la modification des journées type. À noter également que je bénéficie du concours de l'ensemble des professionnels des directions supports (qualificative, service RH, service finances, etc.).

Comme évoqué plus haut, l'apport d'une réponse adaptée pour ce public va nécessiter l'introduction d'une culture d'accompagnement qui n'est pas celle de la plupart des personnels de l'EHPAD, issus du sanitaire. En plus de la nécessité d'accompagner le changement, l'enjeu est également de procéder à un profond travail d'acculturation, qui devrait parvenir à la création d'une nouvelle offre, intégrant trois domaines culturels : le milieu du handicap, celui de la personne âgée et celui de la psychiatrie.

Bien mesurée et accompagnée, cette prise de risque peut se révéler un formidable atout pour l'EHPAD, les usagers, et pour le territoire.

C) S'appuyer sur des méthodes de management du changement

Les situations de changements, même bien mesurées et préparées, génèrent des réactions (positives et négatives) de la part des professionnels, des usagers, mais également des familles, des partenaires, etc. Accepter et anticiper ces réactions naturelles, permet d'avancer dans le processus de changement et de travailler à la réduction des représentations négatives, notamment en s'appuyant sur les réactions positives.

Aussi, placer l'humain au cœur des préoccupations et intégrer au plus tôt les personnes concernées dans le processus de transformation organisationnelle permet de développer une approche endogène de cette dernière (Alexandre-Bailly F., 2003 ; 279-280). Action qui à mon sens facilite sa réussite.

L'accompagnement au changement et l'acculturation sont des points particulièrement importants à travailler auprès des équipes pour mener à bien la spécialisation de l'offre de l'EHPAD. Détaillés en troisième partie du mémoire, ils ont vocation à les soutenir durant ce processus de changement, par une communication claire et adaptée, une participation active, un soutien individuel et collectif, une reconnaissance des compétences et de la formation. Comme l'évoque SCHWARTZ B. dans son Essai « Moderniser sans Exclure » (1994) : « *la formation ou l'adaptation à un métier ne sont rien si elles ne coïncident pas avec un changement de l'organisation du travail et, donc, subséquentement,*

avec le développement de nouvelles relations sociales. Mieux qualifié, un salarié attend que ses conditions de travail soient différentes et il escompte bien que son effort de formation soit récompensé... ».

Enfin, pour comprendre l'impact qu'un tel projet peut induire au sein de l'EHPAD, il semble indispensable de comprendre son histoire, et d'évoquer son fonctionnement au quotidien.

2.1.3 Le logis de Valric : un EHPAD singulier

L'EHPAD « Le Logis de Valric » est un Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante d'une capacité de 40 lits dont 14 places ont été labellisées Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) en 2012 (Arrêté ARS 2012/136). Il est implanté dans la commune de Saint-Vaury, au sein du site principal du Centre Hospitalier La Valette, à une dizaine de kilomètres de Guéret, préfecture du département.

A) Une reconversion d'unité de soins en établissement médico-social

Cet EHPAD a été créé en reconversion d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) en 1998. Il s'agissait à cette période de réduire le nombre de lits sanitaires du CH La Valette par une reconversion de ce service en structure médico-sociale. Du fait de la population accueillie préalablement et historiquement, et malgré les agréments relatifs à son autorisation d'ouverture (EHPAD généraliste), cette structure a continué d'accueillir des personnes vieillissantes, atteintes de pathologies psychiatriques déficitaires. Dans la plupart des cas, cette population provenait et provient toujours d'unités de soins du Centre Hospitalier La Valette et plus particulièrement d'unités issues de sa filière de psychiatrie de la personne âgée. En effet, cet établissement reste perçu par les professionnels creusois du secteur de la personne âgée, comme un EHPAD « psychiatrique ».

B) Une gestion strictement sanitaire

Lorsque l'on découvre l'historique du Logis de Valric il est plus facile de comprendre pourquoi cet établissement semble fermé sur lui-même. Créé en reconversion d'une unité de soins pour patients psychiatriques âgés, Le Logis de Valric a subi une transformation essentiellement portée sur la forme et peu sur le fond.

J'entends par là qu'au niveau administratif il s'est transformé en structure médico-sociale, à la suite d'une unité de soins, sans pour autant changer d'habitudes de prise en charge. À cette époque, il s'agissait de réduire le nombre de lits de psychiatrie. Cette opération avait ainsi permis d'en supprimer 40, sans remettre en question la masse salariale ni véritablement modifier le profil des personnes qui y étaient suivies.

Sans plus entrer dans les détails, cet établissement s'est progressivement adapté à son nouveau statut d'ESMS, tout en restant sous un fonctionnement sanitaire. En effet, toute son organisation repose sur le Centre Hospitalier. Gestion morcelée qui, à mon sens,

l'empêche de lui donner une identité propre. Par exemple les usagers sont gérés par le bureau de la gestion des patients, le personnel par le service RH, la logistique par les services économiques, le budget par le service finances. Enfin, tout ce qui touche à la gestion courante, la planification et la coopération est gérée par le service direction. Personne ne dispose d'une vision globale de cet établissement, caractéristique principale dans la fonction de direction.

La gestion quotidienne est assurée par l'unique présence d'un cadre de santé, sous l'autorité de la direction des soins. De temps en temps, peuvent intervenir le président de la commission médicale d'établissement (CME), le médecin responsable de la filière de psychiatrie de la personne âgée, ou encore le médecin chef de pôle. Pour synthétiser les discussions sont « sanito-soignantes » !

A cela s'ajoute une irrévocable méconnaissance du fonctionnement d'un EPHAD de la part de la majorité des professionnels de l'hôpital, quel que soit leur grade ou leur fonction. En effet, quasiment tous sont issus de formations sanitaires, et ont de véritables difficultés à s'imprégner des spécificités de ce secteur.

Enfin, mis à part l'existence d'un CVS, l'EHPAD est entièrement gouverné par les instances hospitalières, à savoir le conseil de Surveillance et le CSE du Centre Hospitalier. Pour avoir participé à plusieurs d'entre elles depuis mon arrivée, il est à noter que les structures médico-sociales sont les grandes absentes des ordres du jour, au profit des affaires sanitaires.

C) Un public hétérogène, mais une tendance à accueillir des profils psychiatriques
Au regard des données présentées dans l'annexe n°2, le profil actuel des usagers accueillis au Logis de Valric est relativement hétérogène et présente quelques spécificités.

D'après une extraction du volet « maladie en cours » du Dossier Patient Informatisé « Cariatides », les profils, au 31 janvier 2023, sont pour 35 % des personnes atteintes de démences, 20 % de troubles psycho comportementaux, 13% de troubles cognitifs et 10% de psychose. Cette présentation permet de témoigner que l'orientation de publics pour troubles psychiatriques et/ou troubles psycho-comportementaux est relativement prégnante. Ce qui renvoie à l'image véhiculée par cet EHPAD sur le territoire creusois en lien avec son aptitude à accueillir des personnes relevant de la psychiatrie.

Une autre proportion non négligeable d'usagers (20%), provient du territoire de proximité de l'EHPAD. Cette donnée permet de constater que l'EHPAD joue également un rôle d'hébergement pour personnes dépendantes orientées en raison de son implantation territoriale (résidents originaires de la commune, lieu de vie des proches et/ou de la famille).

L'EHPAD accueille majoritairement des résidents provenant d'un établissement de santé (60% en 2022) ainsi que d'autres établissements médico-sociaux (27,5 % en 2022 et 38%

en 2021). Donnée qui met encore, en évidence le caractère « spécialisé en psychiatrie » perçu par les autres établissements qui orientent leurs résidents vers Le Logis de Valric, lorsque ceux-ci développent des troubles du comportement trop envahissant ou « perturbateurs ».

Enfin, en 2022, plus de 55% des résidents sont évalués GIR 2 et plus de 7,5% GIR 1, ce qui précise un degré de prise en charge relativement important.

L'ensemble de ces données permet de constater que Le Logis de Valric accueille majoritairement un public atteint de troubles psychiques et/ou psycho-comportementaux, et qu'il est identifié en tant que tel par les partenaires du territoire. Ceci signifie également au-delà de ce constat, que l'équipe accompagne déjà ce type de public et qu'une spécialisation ne va pas modifier profondément leurs pratiques quotidiennes, mais plutôt les clarifier.

2.2 Un EHPAD à la recherche de sens

Spécialiser le Logis de Valric à l'accueil de personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères est une véritable opportunité. Opportunité que j'entends utiliser pour redonner du sens aux actions de l'équipe, de les remobiliser autour d'un projet commun, tout autant que de légitimer et valoriser la présence de l'EHPAD au sein de son territoire.

2.2.1 Le Logis de Valric, une stratégie à élaborer, une identité à créer

À ma prise de fonction je me suis intéressée aux différents documents de cet établissement. Au-delà de l'historique je souhaitais connaître ses orientations et ses projections pour les années à venir. Le directeur du Centre Hospitalier La Valette, m'avait informé que les structures médico-sociales du Centre Hospitalier bien qu'autonomes budgétairement, fonctionnaient suivant le même modèle que les unités de soins. Particularité qui fait d'ailleurs partie de mes missions, à savoir leur redonner une gestion et une organisation comme attendue par le Code de l'action sociale et des familles. Toutefois je n'imaginai pas que ceux-ci étaient littéralement noyés dans la masse sanitaire.

A) L'absence d'identité et de stratégie

Ce fonctionnement sanitaire impacte fortement sur les possibilités de cet établissement. Il ne possède pas de projet d'établissement, au principe qu'il est intégré dans celui du Centre Hospitalier. Pourtant, lorsque je prends connaissance du projet du Centre Hospitalier, les structures médico-sociales n'apparaissent pas, en tant que telles, dans des orientations stratégiques.

Les coopérations sont quasiment toutes portées par le Centre Hospitalier, l'EHPAD ne dispose que de quelques conventions en son nom. Au final il coopère essentiellement avec

les unités de soins de sa filière, manque d'ouverture sur l'extérieur, et de dynamique territoriale comme on aimerait en trouver dans les EHPAD.

En résumé, sans projet distinct, ni documents propres, et des partenariats réduits, cet établissement – invisibilisé dans la structure sanitaire – a besoin d'une nouvelle direction pour créer son identité.

Car au-delà de la question gestionnaire, l'absence de projet propre à cet établissement le laisse dans une sorte de flou qui n'est bon ni pour les usagers, ni pour les personnels, ni pour le territoire. Cette absence de stratégie explicite semble avoir perdu l'établissement entre spécialité qui lui est reconnue, et accueil « généraliste » à l'image d'un EHPAD commun. Les usagers sont admis au gré des demandes et des places disponibles, laissant ainsi la difficulté de la mixité prendre le pas sur la cohérence de la spécialisation.

B) Une équipe qui semble en pilotage automatique...

Une chose caractéristique du Logis de Valric est l'attachement (si ce n'est l'acharnement) de l'équipe à réaliser la totalité des soins de nursing et d'hygiène dans la matinée. De ce fait tous les matins nous sommes dans un tourbillon de passage de personnel dans les chambres et les couloirs, pendant que les autres terminent de nettoyer la salle à manger. Ce qui est ennuyeux, c'est que pendant ce temps-là, les résidents, au fur et à mesure du déroulement de ces opérations, errent dans les couloirs et les espaces communs sans vraiment savoir quoi faire, et doivent attendre que le ménage soit fini pour réintégrer leur chambre.

Les soins sont là, l'hygiène aussi, l'intention est bonne, mais étrangement, il ressort comme un manque de quelque chose. Vu de l'extérieur, cette routine semble être devenue un mécanisme, sans véritables objectifs, si ce n'est celui de finir à temps. Une direction stratégique trouvera bon de redonner un peu de sens dans ces actions, en organisant le travail selon une éthique associée à des objectifs clairs.

Sur le plan des activités, l'essentiel repose sur l'animatrice en poste. Elle identifie bien les besoins des usagers et assure ainsi les objectifs d'ouverture vers l'extérieur, ou encore de maintien des capacités psychiques des personnes, en collaboration étroite avec la psychomotricienne.

Néanmoins, le volet « activités » repose trop sur elle. Lors de ses absences (congés, maladie, etc.), malheureusement pour les usagers, les journées sont sensiblement plus « inactives ». J'ai l'impression que son arrivée dans l'EHPAD a progressivement désengagé les autres personnels dans le portage et l'animation d'autres activités. Or il me semble qu'infirmiers, aides-soignants, AMP et autres auxiliaires de vie ont tous des rôles importants à tenir dans l'accompagnement quotidien des personnes. Qu'il s'agisse

d'activités à visée thérapeutique, de prévention, de socialisation, tous peuvent y contribuer et ce en fonction de leur domaine de compétences.

Paradoxalement, la plupart de ces professionnels sont issus de la psychiatrie, et sont arrivés à l'EHPAD par jeu de mobilité. Dans leurs précédentes fonctions les ateliers et autres activités thérapeutiques étaient leur cœur de métier. Pourquoi ne serait-ce plus le cas en EHPAD ? Si ces actions d'accompagnement étaient profitables pour les usagers sous un statut de patient, pourquoi ne le seraient-elles plus sous un statut résident !?

La question de savoir ce que l'on veut prioriser dans cette structure est rappelons-le au cœur de notre problématique. L'EHPAD doit-il être essentiellement un lieu de soins ou un lieu de vie où le soin et l'accompagnement dans une vie sociale cohabitent habilement ? Et quelle intensité donner à chaque type d'action ?

C) Redonner du sens et de l'éthique dans l'accompagnement

Le soin au sens sanitaire du terme se définit comme la somme des actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, prioritairement au plan physiologique. Sur un plan plus holistique, il s'agit de réaliser des actes par lesquels on veille au bien-être et à la santé (au sens de l'OMS) de quelqu'un.

La notion d'accompagnement signifie « être avec quelqu'un », « lui tenir compagnie ». Dans l'action sociale nous parlerons plutôt de « permettre à la personne en difficulté d'acquérir son autonomie et de devenir acteur de sa vie, de décider par elle-même dans l'indépendance par rapport à autrui, et d'accéder à la citoyenneté. » (M.A.I.S., définition de l'accompagnement social).

Deux termes qui visiblement ont des objectifs bien différents, même s'ils sont complémentaires au sens où la santé favorise grandement l'autonomie et l'activité. Le premier conçoit plutôt l'intervention d'une personne dans la réalisation d'actes sur une autre personne, alors que le second envisage plutôt qu'une personne se positionne en guide pour favoriser le développement d'habiletés d'une autre personne.

Tout l'enjeu est là : Acculturer et changer les pratiques inappropriées. A minima en intégrer de nouvelles pour faire en sorte de répondre aux besoins d'un nouveau public, plus jeune et dont les troubles n'altèrent pas systématiquement les capacités cognitives, ni physiques.

Partant de cette dernière définition l'accompagnement se veut plutôt comme une relation, un ensemble de rapports et de liens qui existent entre deux personnes qui se rencontrent, et communiquent entre elles. Elle présuppose d'aborder la personne avec toute sa singularité et son altérité. De ce fait, pour être réalisée pleinement elle nécessite du temps. Ce que les professionnels ne s'accordent plus à ce jour.

Aussi, il me semble utile dans un contexte de perte de sens et de repères dans la réalisation des activités quotidiennes, de conduire un travail de réflexion « éthique » au sein de l'équipe. En effet, l'éthique se définit comme une réflexion menée en vue de donner du sens et des valeurs à des actions. Dans le champ de l'accompagnement et du soin, l'éthique tend à définir des valeurs intrinsèques, qui visent notamment l'amélioration des conditions d'accueil et d'accompagnement des usagers mais également des pratiques professionnelles. Les conclusions sont souvent le fruit de réflexions collectives, qui interrogent les postures professionnelles, dans un contexte spécifique, et ceci au regard des attendus en matière juridique et souvent en rapport avec des RBPP.

En parallèle, l'analyse des pratiques professionnelles favorise l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences, qui permettent de modifier une posture professionnelle, grâce à des temps collectifs d'échange de savoir-faire et savoir être.

S'appuyant sur l'analyse des pratiques professionnelles et la réflexion éthique, la direction permettra aux professionnels de (re)questionner leurs pratiques, en rapport avec des objectifs porteurs de sens qui émaneront du projet d'établissement. Ce processus initié par la direction ambitionne de restaurer chez les professionnels la volonté de s'approprier et de s'investir très concrètement dans la construction cette nouvelle offre.

2.2.2 Vers la spécialisation d'une offre

Le Centre Hospitalier La Valette est déjà reconnu comme le centre expert en matière de psychiatrie et de santé mentale sur le territoire creusois. Le développement d'une spécialisation de l'EHPAD en termes de prise en charge de personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères semble tout à fait en adéquation avec les missions et spécialités de son entité gestionnaire.

A) Spécialiser l'EHPAD et développer l'expertise

La spécialisation permet de monter en compétences dans un domaine particulier. Elle s'acquière en règle générale par des temps de formation. Plus le sujet de formation est ciblé, plus les personnes peuvent acquérir des compétences spécifiques.

L'expertise professionnelle, quant à elle, se caractérise plutôt par le développement d'habiletés dans un domaine spécifique. Elle dépasse le champ de la simple acquisition de compétences mais se traduit plutôt par une réelle application de ces dernières sur le terrain. Elle allie théorie et pratique, à laquelle s'ajoute une notion de durée d'investigation.

Partant de ces principes l'EHPAD dispose de professionnels qui sont de par leur formation et leur expérience professionnelle, spécialisés dans la prise en charge de personnes atteintes de troubles psychiques. Certains ont même des spécialités complémentaires

comme la réhabilitation ou encore l'addictologie, validées par l'expérience qu'ils ont acquise dans leurs anciens postes occupés au Centre Hospitalier.

A cela s'ajoute leurs différentes formations réalisées dans le cadre de leur fonction au sein de l'EHPAD, qui sont spécifiques à la personne âgée (y compris la prise en charge des troubles psychiques et la connaissance des maladies neurodégénératives).

Les compétences sont là. Le travail va essentiellement résider dans l'orchestration de ces dernières, autour d'une organisation nouvelle et structurée, tâche première de la fonction de direction.

L'expertise pourra s'acquérir dans un second temps, avec l'assimilation de cette nouvelle activité, et l'accommodation leur permettra d'accéder à ce niveau supérieur de compétences.

Ce travail de perfectionnement devrait produire plusieurs effets, dont :

- Le rattachement de l'EHPAD au CH La Valette devrait donner du crédit au développement de ses nouvelles missions de spécialisation et d'expertise, notamment auprès des partenaires du territoire,
- Ces nouvelles missions devraient renforcer l'image du CH La Valette comme établissement de référence sur le département,
- Elles devraient valoriser les professionnels de l'EHPAD, et le rendre plus attractif.

B) La définition d'un public : formuler une offre d'accompagnement sur mesure

Comme nous avons pu le constater en première partie, la notion de handicap psychique est relativement large et regroupe de nombreux profils dont la typologie des troubles et leur sévérité diffèrent énormément.

La recomposition de l'offre de l'EHPAD n'a pas vocation à faire admettre toutes les personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques. Comme le préconisent les différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles, il est essentiel de favoriser et prioriser le maintien de ces personnes dans leur environnement. Qu'il s'agisse de leur domicile ou de leur EHPAD d'origine. Cette nouvelle offre s'adresse donc prioritairement aux personnes dont les troubles psychiques s'avèrent trop sévères et persistants pour envisager leur maintien dans l'un ou l'autre de ces environnements.

Une analyse du public accueilli et de son évolution a posteriori (N+1 ou 2 du projet) permettra soit de le recentrer soit de l'élargir. Toutefois, il est nécessaire de débiter avec un public à minima ciblé, ce qui facilitera l'installation et l'adaptation de l'équipe dans ses nouvelles missions et activités.

De plus, cette définition sera utilisée dans le cadre de la mise en œuvre de la future commission d'admission de l'EHPAD, qui n'existe pas à ce jour. Enfin, il facilitera les orientations à venir des partenaires du territoire, du fait d'une description claire du public

visé par l'EHPAD et des conditions d'orientation et d'admission.

Partant de ces définitions engager une spécialisation de l'EHPAD comme axe stratégique me semble tout à fait opportune. Il permettra d'offrir au territoire creusois une offre de service spécialisée dans la prise en charge de personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères du comportement, donnera un nouveau cadre et une projection aux professionnels tout en valorisant leur mission.

C) De la perception des besoins essentiels à la définition d'une offre spécifique

Au regard des besoins spécifiques soulignés dans la première partie, il me paraît indispensable de proposer un accompagnement à effet thérapeutique individuel et/ou collectif concourant au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et cognitives, à la mobilisation des fonctions sensorielles et au maintien du lien social des personnes atteintes de troubles psychiques. Point qui sera traité spécifiquement dans les orientations stratégiques.

Toutefois, et au préalable de toute spécialisation, quelle que soit la pathologie, la littérature insiste sur le fait qu'une bonne hygiène de vie ralentit les effets du vieillissement. A ce titre tous les EHPAD devraient proposer un programme adapté, comprenant, a minima, et de façon adaptée :

- Une stimulation mentale quotidienne,
- Des interactions avec la société,
- Une alimentation équilibrée,
- De l'activité physique régulière,
- Des temps de détente et de bien-être.

La prévention de la perte de poids et la prise en charge de la dénutrition doivent être intégrées à cet accompagnement car elles représentent les complications les plus fréquentes chez les personnes vieillissantes.

Se sont autant d'aspects qui devront être intégrés de fait dans la prise en charge des usagers, auxquelles s'ajouteront les objectifs spécifiquement liés aux personnes vieillissantes atteintes de trouble psychiques sévères, comme la prévention de maladies cardio-vasculaires.

2.2.3 Un EHPAD avec de réelles capacités d'évolution

Comme tout projet de création ou de transformation, la notion de moyens dont dispose l'établissement vient indéniablement se poser. Qu'il s'agisse de moyens humains, techniques ou financiers ceux-ci vont nécessairement entraîner des répercussions sur la viabilité d'un projet. A ce titre, le Logis de Valric bénéficie de nombreux avantages tant au niveau architectural, en termes de ressources humaines, que de toutes les fonctions supports, portées par le CH La Valette.

A) Des capacités architecturales à utiliser

Le Logis de Valric dispose de son propre bâtiment composé de deux niveaux : un rez-de-jardin et un rez-de chaussée. Ces deux niveaux disposent donc d'une entrée de plain-pied. Depuis sa création l'EHPAD utilise uniquement le rez-de-chaussée, et la salle de chauffe, pour les repas, située au rez-de-jardin. A priori, le rez-de-jardin servait à l'époque pour une autre unité de soin.

Construit en forme de « H », ce bâtiment dispose de 4 ailes distinctes, accueillant 10 usagers chacune. Le couloir traversant l'unité de bout en bout dessert l'ensemble des bureaux, l'infirmierie, l'office infirmiers, etc. Au centre du bâtiment se trouve un grand hall d'accueil qui dessert notamment la salle de restauration, la salle Snoezelen et l'ascenseur pour accéder au rez-de-jardin. Entre chaque aile de chambres se trouve un grand espace salon aménagé en salon télé - détente. Ces deux salons donnent chacun sur un espace extérieur sécurisé. Un de ces espaces est aménagé d'un jardin surélevé, d'une terrasse équipée pour manger dehors et d'un jardin avec parcours de marche adapté.

Le rez-de-jardin n'est plus utilisé en tant qu'unité depuis de nombreuses années. Il sert essentiellement de service de dépannage dans le cas de restructuration d'un autre bâtiment. De ce fait il est conservé en parfait état et peut partiellement ou intégralement être réutilisé. En effet, le site dispose d'autres bâtiments pouvant héberger une opération tiroir si besoin.

Je perçois ce rez-de-jardin comme une opportunité pour le Logis de Valric. En effet il peut faciliter à moindre coût, son développement. En effet, actuellement la surface occupée par l'EHPAD au rez-de-chaussée, ne permet pas le développement de nouvelles activités (Cf. plan en annexe n°3) Sans nécessairement utiliser la totalité de l'espace disponible, en rez-de-jardin, il est ainsi facile de disposer de salles supplémentaires pour envisager de nouvelles activités (esthétique, activités à médiation diverses, espace culinothérapie, etc.), afin de répondre aux besoins évoqués en première partie de mémoire.

B) Des fonctions supports supplémentaires à disposition grâce à son rattachement à un Centre Hospitalier

Le Logis de Valric bénéficie de tous les avantages d'un rattachement à un Centre Hospitalier. En ce sens, il dispose du plateau technique et logistique de l'hôpital. Cela sous-entend tous les métiers médicaux et paramédicaux (service sports, psychomotricité, kiné, etc.), mais également des services administratifs, techniques, logistiques. Par exemple, dans le cadre de l'aménagement évoqué au point précédent, les travaux peuvent être réalisés en régie par les services techniques.

Aussi, en fonction des besoins identifiés par la direction, en concertation avec l'équipe, il pourra être envisagé un plan d'investissement, travaillé avec les services économiques et

le service finances, afin que celui-ci soit le plus adapté à la situation financière de l'EHPAD. Enfin s'agissant de l'activité de l'EHPAD, la transformation annoncée pourra être suivie et accompagnée par les services qualité, de l'information médicale, gestion des risques, IDE hygiéniste, etc.

C) Les moyens humains du Logis de Valric

En juin 2023 le Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées présentait un taux d'encadrement global en EHPAD « de 7 professionnels pour 10 résidents, avec un taux d'encadrement « au chevet du résident » (professionnels médicaux, paramédicaux, d'animation) de 4 professionnels pour 10 résidents ». Le Logis de Valric affiche un taux de 7,95 professionnels pour 10 résidents, et un taux de 5 pour 10 résidents au chevet du résident (hors administratifs, cadre de santé et ASH). Ce taux, un peu supérieur à la moyenne nationale s'explique par la présence de l'UHR, qui nécessite un renfort en ressources humaines.

Aussi, en cas de besoin, et ce n'est pas négligeable, l'EHPAD peut bénéficier de personnels de remplacement issus du Centre Hospitalier. Les absences non programmées peuvent ainsi être solutionnées par l'intervention d'un IDE, AS ou ASH, si la situation ne peut être traitée en interne. Ces remplacements sont par la suite remboursés par un mécanisme de remboursement entre budgets.

Enfin l'EHPAD bénéficie de tous les avantages relatifs à la gestion des ressources humaines de l'hôpital, notamment ceux relatifs à la formation. En effet, au regard de sa masse salariale les budgets permettent aux professionnels de l'EHPAD de bénéficier d'un plan de formation étoffé. Il m'est également possible d'intégrer des formations spécifiques à l'établissement qui ne pourraient pas être envisagées s'il était indépendant.

En résumé, conditions architecturales, fonctions supports, moyens humain, le public existe et les besoins sont réels, toutes les conditions sont réunies, pour que cet établissement puisse répondre de manière adaptée, à l'accueil de personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères.

2.3 Comment améliorer l'accompagnement des personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères ?

Au regard des éléments cités dans les parties précédentes je peux envisager la définition des nouvelles orientations de l'EHPAD sous trois axes stratégiques déclinés ci-dessous. Ceux-ci serviront de base aux travaux d'appropriation par les professionnels de l'établissement qui seront présentés dans la partie 3 du document.

2.3.1 Spécialiser l'EHPAD à l'accueil de personnes atteintes de troubles psychiques sévères

Avant de s'ouvrir sur l'extérieur il semble primordial de formuler une offre interne à l'EHPAD qui tienne compte des attendus des politiques publiques et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles en matière d'accueil et d'accompagnement de personnes vieillissantes, atteintes de troubles psychiques sévères et de leurs besoins, évoqués dans la première partie. Une fois cette offre structurée il sera possible d'envisager des formules intermédiaires et leur application à l'extérieur.

A) Garantir un accompagnement et un suivi global de la santé des personnes

Il apparaît dans le diagnostic que les besoins en soins sont importants et primordiaux pour ce public. En effet, les personnes atteintes de troubles psychiques sont plus exposées à un risque de complications de leur état de santé, voire de décès prématuré, par différentes causes sur lesquelles il est indispensable d'agir :

- Une défaillance de « self-care »,
- L'observance thérapeutique,
- Le refus de soins,
- Les conduites addictives,
- Les relations avec les professionnels de la santé et le système de santé en général.

Il est essentiel de prendre en compte ces problématiques pour parvenir à une prise en charge globale de ces personnes. Un soutien approprié, une sensibilisation accrue et des programmes de prévention et d'intervention ciblés peuvent contribuer à améliorer leur santé.

Il est attendu des actions à différents niveaux qui peuvent répondre à ces besoins :

- Le suivi psychiatrique de la personne, qui comprend le suivi et la surveillance médicamenteuse, des temps de consultations mais également des activités à visée thérapeutiques, l'évaluation du risque de iatrogénie, etc.,
- Son suivi somatique (ophtalmologique, dentaire, cardiologique, gynécologique, etc.),
- Un accompagnement en soins de nursing (toilette, habillage, aide aux repas, prévention ou traitement de l'incontinence, etc.), adapté au degré d'autonomie de la personne,
- Des actions de prévention, et d'éducation à la santé, comme des actions de dépistage et des actions à visée éducatives qui ont vocation à améliorer les compétences psychosociales sur des sujets de santé (nutrition, hygiène de vie, tabagisme, alcool, etc.).

Ces actions ont pour objectifs de :

- Assurer la continuité des soins qu'ils soient psychiatriques ou somatiques ainsi que le bien être corporel, notamment pour les personnes dans la « non-demande »,
- Assurer un accompagnement concernant la prise de traitements psychotropes,
- Tenir compte de la variabilité et de l'évolutivité des troubles,

- Repérer, prévenir et gérer les épisodes de « crises » et autant que possible éviter les hospitalisations,
- Dans le cas d'une hospitalisation, assurer la continuité de l'accompagnement pendant et à la sortie de la personne,
- Déceler et éventuellement accompagner les éventuelles conduites addictives,
- Evaluer le risque suicidaire.

A ce titre des actions d'Education Thérapeutique du Patient, relativement bien développées au sein de notre établissement pourront être déployées au sein de l'EHPAD. Pour les plus autonomes, il pourrait également être envisagé de procéder à la rédaction de leur GPS en Santé Mentale. Ce Guide de Prévention et de Soins est de plus en plus utilisé dans le cadre de la réhabilitation psychosociale. Co-construit avec l'utilisateur il permet de mettre en mots ses besoins et souhaits à respecter lorsque celui-ci va traverser des moments de crise.

B) Maintenir les acquis et stimuler pour ralentir l'apragmatisme

Le vieillissement a tendance à intensifier l'apragmatisme et ralentir les fonctions cognitives des personnes atteintes de troubles psychiques sévères. Partant de ce constat il semble indispensable d'agir à minima sur le maintien de leurs acquis, et d'entretenir voire de développer leurs capacités (cognitives, mnésiques, etc.).

Le point fort des professionnels de la psychiatrie réside essentiellement dans leurs compétences à pratiquer des activités thérapeutiques. En effet, ils ont développé une réelle expertise en matière d'ateliers thérapeutiques à médiation diverses, qui peuvent prendre différentes orientations et objectifs (mnésique, pratique, spatio-temporel, etc.) et sont souvent conjugués à des temps d'évaluation et de consultation.

Ces expertises méritent d'être utilisées au sein de l'EHPAD, mais également dans le cadre de partage d'expériences, dans l'intérêt de l'utilisateur. En effet, il est souvent évoqué que les équipes des EHPAD sont souvent en effectif insuffisant pour proposer ce type d'activités (groupales et/ou individuelles), et souffrent d'un manque de formation en la matière.

Ce volet doit permettre à minima et de façon non exhaustive de :

- Prévenir, repérer et atténuer la souffrance psychique des personnes,
- Soutenir les personnes dans leur processus de rétablissement,
- Analyser et apporter des réponses appropriées aux « non-demandes » en termes de participation aux activités,
- Améliorer leur bien-être, l'image qu'ils ont d'eux et leur capacité physique (gym douce, activité esthétique, balnéothérapie, espace snoezelen, etc.)
- Lutter contre l'isolement relationnel,
- Maintenir leur autonomie,

- Proposer un espace propice aux activités occupationnelles et de loisirs.

C) Accompagner les familles et proches aidants : une priorité à développer

L'implication de la famille et/ou des aidants au plus tôt de la prise en charge est nécessaire, car son implication dans le projet de soin et de vie est souvent profitable à la personne. Bien souvent les difficultés rencontrées dans ce partenariat proviennent de l'avancée en âge des enfants ou proches, de problématiques de mobilité ou de la distance qui les sépare de l'établissement. Si la volonté est là, la mise en application reste délicate.

Il en est de même pour les personnes atteintes de troubles psychiques, mais auxquelles s'ajoutent bien souvent des rapports compliqués. En effet certaines personnes présentent des relations familiales parfois morcelées et mises à mal par un parcours de vie difficile. Parcours complexifié par l'évolution de la maladie où l'entourage familial restant est bien souvent minimaliste, avec de rares visites d'un proche ou d'un membre de la famille, dans le meilleur des cas.

A titre d'exemple au sein du Logis de Valric, sur les 40 usagers, à peine la moitié dispose d'un proche à contacter, d'un membre de la famille. L'autre moitié est placée sous une tutelle ou curatelle d'un organisme spécialisé et dans de rare cas d'un tuteur privé.

Les éléments de littérature précisent que les familles évoquent le besoin de savoir leur proche en sécurité, dans un environnement adapté à leurs troubles qui les prémunisse de toute forme d'abus, y compris financier, et les aide dans la gestion de leur quotidien.

Il est donc indispensable de relayer les informations concernant l'évolution de leur proche, sur tous les domaines de leur vie (sanitaire, social, administratif, etc.). Ce rôle a essentiellement vocation à les rassurer. A ce titre l'établissement doit également organiser en interne de bonnes conditions d'accueil des proches et autant que possible assurer le maintien des interactions familiales même à distance, par l'intermédiaire du numérique si nécessaire et possible.

Aussi, lors d'entretiens avec certains d'entre eux, j'ai pu observer une difficulté à évoquer leurs besoins et attentes les concernant et concernant leur proche. Il est donc primordial de créer des temps, des espaces propices à ces échanges.

A ce titre, j'entends utiliser le nouveau CVS, pour redynamiser les échanges avec les familles, en utilisant notamment les travaux préparatoires (remontée d'informations des familles) et la diffusion des comptes rendus (descente d'informations). Ces temps d'échanges seront un des moyens de les faire participer à la vie de l'établissement.

Enfin, à l'image de ce qui se pratique dans la plupart des EHPAD, il n'est pas exclu d'éditer une lettre d'informations aux familles sur les actualités du Logis de Valric, selon une fréquence et un format (numérique ou papier) qui reste à définir.

Les objectifs attendus dans ce volet d'accompagnement sont :

- Rassurer les familles, les tenir informées de l'évolution de leur proche,
- Faciliter, maintenir et/ou développer les liens familiaux,
- Autant que possible, les associer dans la vie de leur proche et dans la vie de l'institution.

La revue de la littérature fait état de nombreux guides et recommandations des bonnes pratiques en matière de thérapies non médicamenteuses, de travail avec les familles et/ou aidants et d'aménagements des locaux (HAS, ANESM, etc.). Ce sont autant de supports qui pourront servir de base de travail dans la formulation de ce nouvel accompagnement.

2.3.2 Développer une offre d'accompagnement intermédiaire

Lorsque la situation de la personne ne permet plus son maintien au domicile, cette période de transition peut la rendre très vulnérable. En effet comme évoqué en première partie, il apparaît que celle-ci peut être amenée à attendre plusieurs semaines avant de trouver une solution adaptée. En l'absence de solution d'urgence il arrive même qu'elle fasse l'objet d'une hospitalisation.

Le constat est quasi identique au niveau des établissements médico-sociaux, ou souvent faute de réponse urgente, ceux-ci vont procéder à une hospitalisation sous la forme de soins sans consentement. Parallèlement ces dispositifs peuvent également permettre de réduire les délais d'hospitalisation des personnes.

A) Pouvoir accueillir l'urgence et le temporaire

Pour éviter ces passages évitables en hospitalisation, ou bien éviter des situations à risques au domicile, il semble pertinent de dédier un ou deux lits d'accueil temporaire et d'urgence. La mesure précise du nombre de lits à identifier pourra être peaufinée dans le temps et l'utilisation, mais cette création semble tout à fait nécessaire pour le territoire.

L'avantage de cet accueil si je puis le nommer ainsi, est l'emplacement de l'EHAPD sur le site principal du Centre Hospitalier La Valette. Il peut ainsi bénéficier de l'ensemble du plateau technique psychiatrie, dont la présence H24 d'un médecin de garde et d'un psychiatre d'astreinte. Ceux-ci ont l'habitude d'intervenir à la demande des services et seront donc présent en cas de besoin pour suivre la personne accueillie.

Comme attendue par les politiques publiques cette création devrait réduire le nombre de recours à des hospitalisations évitables, soulager les équipes et ou les familles en difficulté, et sécuriser la personne accueillie.

Ce dispositif pourra également proposer aux personnes sortant d'une hospitalisation et ne relevant plus de soins médicaux, un hébergement temporaire d'une durée généralement

fixée à une trentaine de jours, avant sa réintégration au domicile, ou son orientation vers un établissement spécifique.

A ce titre une fois la crise gérée par le sanitaire, il sera alors possible de travailler sur la mise en œuvre d'une orientation adaptée via les partenaires dédiés (CLIC, DAC PTA, UTAS, etc.) voire, si la situation le nécessite, d'envisager une intégration définitive au sein du Logis de Valric.

Objectifs attendus :

- Faciliter les sorties d'hospitalisation et fluidifier l'aval des urgences,
- Améliorer et sécuriser le retour à domicile (ou l'orientation vers une nouvelle structure d'accueil) après un séjour hospitalier,
- Réduire les durées moyennes de séjour hospitaliers et les hospitalisations évitables,
- Accueillir une personne venant de son domicile, en cas de mise en danger, pour un temps de répit ou pour combler un temps de carence de l'aidant.

B) Développer l'accueil de jour : soulager les familles en stimulant les bénéficiaires

Ce point vise essentiellement l'accompagnement et l'aide aux proches et aux aidants. La création de quelques places d'accueil de jour fléchées « personnes atteintes de troubles psychiques » permettrait à certains aidants de disposer d'un temps de répit, l'espace d'une ou plusieurs journées par semaine.

Aussi ces temps pourraient permettre à la personne vivant à son domicile de bénéficier d'une journée d'échanges, de lien social, et de travail sur son autonomie et ses capacités. J'entends par là, la participation à des activités collectives et/ou individuels à médiations diverses et objectifs variés.

En effet ce type de prestation est étayée d'un bilan d'admission qui permet d'élaborer un Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) qui va préciser des objectifs spécifiques et individuels. Ce dernier permettra par la suite d'envisager des temps d'accueil soit par demi-journée, soit en journée complète.

Ces places peuvent s'avérer opportunes par exemple, pour une personne vivant à son domicile, faisant l'objet d'une perte d'autonomie, ou dont la fatigabilité du proche aidant nécessite la mise en place d'un suivi soutenu.

Les objectifs attendus sont :

- **Réaliser** un suivi régulier de la personne,
- Maintenir et/ou développer ses capacités (cognitives, physiques, etc.),
- Maintenir et/ou développer des liens,
- Permettre un temps de répit à l'aidant,

- Faire disposer à l'aidant d'un contexte d'échanges avec les professionnels concernant son proche et d'éventuelles problématiques liées à sa pathologie.

C) Valoriser l'UHR comme dispositif complémentaire

Le Logis de Valric dispose de 14 lits habilités « Unité d'Hébergement Renforcée ». Ce projet déposé il y a plus de 10 ans a été validé en 2012 par l'ARS et répond aux attentes de la 3^e génération du plan Alzheimer.

Pour précision, à leur origine les UHR ont été créées pour accueillir et héberger des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent leur sécurité et leur qualité de vie. Elles s'adressent donc à des personnes dont les troubles deviennent trop envahissants pour être maintenus au domicile ou en établissement (EHPAD).

Les UHR ont vu leur public cible s'élargir au fur et à mesure des nouveaux plans. Aussi, et c'est précisément ce point qui va nous intéresser ici, le plan de lutte contre les maladies neurodégénératives 2014-2019, précisait dans sa mesure 27 - Poursuivre et renforcer le déploiement des UHR en EHPAD et inscrire cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement de droit commun : « *Réviser le cahier des charges en conséquence, afin notamment d'élargir les critères d'entrée au-delà des profils de personnes malades actuellement ciblés et de prendre en compte les enseignements tirés de la première évaluation réalisée ainsi que les compétences et ressources des EHPAD* ». Point qui met en évidence la prise en charge psychiatrique d'un état de crise.

De ce fait, au-delà de l'accompagnement de personnes atteintes de troubles sévères du comportement liés à une maladie neurodégénérative, cette mesure accepte le principe que cette unité puisse également accompagner des personnes atteintes de troubles psychiques sévères issus d'une maladie psychiatrique. Ce dispositif vient alors s'ajouter « au panier de services » dont dispose le Logis de Valric.

S'agissant de son fonctionnement l'UHR propose essentiellement la mise en place d'activités à effets thérapeutiques à médiation diverses permettant d'agir sur certains aspects du comportement (art-thérapie, musicothérapie, atelier mémoire et autres stimulations cognitives, etc.). Une prise en charge psychologique, des séances d'orthophonie, de la kinésithérapie, des séances d'ergothérapie et de psychomotricité pour préserver l'activité motrice et l'autonomie sont également conseillées.

Le tableau de ces activités semble vraisemblablement le même que les activités prescrites pour un public atteint de troubles psychiques sévères. Les compétences attendues sont donc visiblement les mêmes.

Les objectifs attendus par ce dispositif sont :

- Les personnes atteintes de troubles sévères du comportement liés à une maladie neurodégénérative peuvent bénéficier d'un accompagnement adapté au sein du territoire creusois,
- Les familles et les établissements (type EHPAD) peuvent bénéficier d'un relai en cas de survenue d'une crise (de leur proche ou résident).

2.3.3 S'ouvrir sur le territoire

Cette orientation vise deux objectifs : l'accompagnement des équipes des autres établissements, le maintien d'une vie sociale et l'accès à la citoyenneté des usagers.

A) Etayer les équipes des autres établissements du territoire

Il ressort du diagnostic des difficultés de la part des EHPAD à gérer les publics atteints de troubles psychiques sévères, dès lors que ceux-ci s'avèrent trop fréquents et réguliers. Si la majorité d'entre eux peuvent rester dans leurs établissements d'origine, leur maintien dans ceux-ci nécessite un étayage des équipes en place ainsi qu'un suivi au long court par les services de psychiatrie.

Ce dernier point est actuellement traité par l'intervention de professionnels issus de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée. Toutefois l'intervention de ces professionnels est limitée dans des missions d'évaluation de la crise, de suivi médical, notamment médicamenteux et en dernier recours d'orientation.

Si le suivi médical est assuré, il n'en demeure pas moins que l'aide à la gestion quotidienne de ces personnes est laissée à l'appréciation des EHPAD. Le diagnostic réalisé fait toutefois état que ces professionnels ne sont ni en effectif suffisant, ni formés à la prise en charge quotidienne de ces personnes et encore moins à la gestion de leurs troubles.

C'est cette thématique précise que j'entends développer avec l'équipe du Logis de Valric. Il s'agit d'accompagner les équipes, selon leur niveau en la matière et leur effectif, à développer des habiletés et travailler sur la mise en œuvre d'activités spécifiques à objectifs divers, mais thérapeutiques, ou à visée d'autonomisation.

Cet étayage peut ainsi prendre plusieurs formes : du simple partage d'expérience en passant par l'aide et à la conception d'activités spécifiques, jusqu'à la mise en œuvre au sein même des EHPAD d'activités spécifiques portées par des membres de l'équipe du Logis de Valric. Ce principe n'est pas nouveau, il reprend un peu le format des activités d'Éducation Thérapeutique du Patient, piloté par un coordinateur territorial, qui se déplace dans les établissements.

La plus-value de cette action réside dans la valorisation des compétences de l'équipe, et sa capacité à les déployer sur son territoire aux bénéfices des autres établissements mais surtout des publics dont les troubles demeurent suffisamment stables pour continuer à évoluer dans un établissement « généraliste »

Les objectifs attendus dans ce volet d'accompagnement sont :

- Permettre aux personnes atteintes de troubles psychiques hébergées en EHPAD, de bénéficier d'ateliers spécifiques : thérapeutique, de développement d'habiletés, etc.
- Maintenir autant que possible ces personnes dans l'environnement qu'elles ont choisi,
- Soutenir les équipes des EHPAD du territoire dans l'accompagnement quotidien de ces personnes (sensibiliser, former, accompagner),
- Donner une identité au Logis de Valric et valoriser les compétences des professionnels.

B) Maintenir et développer le lien et les habiletés sociales des usagers

Comme évoqué dans la première partie, la plupart de ces personnes ont vécu la majeure partie de leur vie en milieu ordinaire. Elles n'ont pas un passé institutionnel comme pourrait l'avoir par exemple une personne atteinte de handicap mental. Aussi et c'est bien là toute la différence, leur particularité se trouve dans leur difficulté à interagir avec les autres et à s'insérer dans la société.

En fonction de leur pathologie et de la sévérité de leurs troubles, certains auront développé à des degrés différents des interactions et habiletés sociales. Ce point reste celui le plus complexe à développer pour envisager une offre réellement adaptée, puisqu'il nécessite un véritable travail de partenariat et d'ouverture de l'EHPAD sur la cité. Par cela j'entends qu'une part non négligeable du travail de l'équipe sera orientée vers un travail sur l'extérieur.

Il s'agit par-là, à titre d'exemple et de façon non exhaustive, de procéder à un travail d'inclusion via les GEM, les CCAS du territoire (je pense à Papote et Mijote du CCAS de Guéret qui via des ateliers divers mixent les publics), dans le tissu associatif local, le développement de sorties communes avec d'autres EHPAD. Bref, il existe de nombreuses façons de développer ce versant de la prise en charge. La difficulté de sa mise en œuvre va essentiellement résider dans la définition d'une organisation interne qui le permette.

In fine les objectifs de cet axe d'accompagnement sont :

- Renforcer le rôle de citoyen des personnes,
- Soutenir et développer leurs habiletés sociales,
- Renforcer ses capacités d'agir,
- Développer les capacités d'auto-détermination,
- Faciliter l'accès à des activités favorisant une reconnaissance sociale.

C) Accueillir et faire du lien social à l'intérieur de l'EHPAD

Dans la continuité de cette dernière orientation, il semble aussi intéressant de faire accéder les personnes ayant le moins d'autonomie à des temps d'interaction avec le milieu ordinaire. Cette orientation vise ainsi l'organisation d'actions réalisées en interne, dans l'enceinte même de l'EHPAD.

En effet l'EHPAD est relativement isolé, puisque situé au sein d'un site hospitalier. Le développements d'activités de ce type pourra lui permettre de lui redonner du dynamisme et une certaine « joie de vivre ». Il pourra s'agir de création de liens en rapport avec son jardin thérapeutique (je pense à un partenariat avec les jardins partagés du bourg de Saint-Vaury), la mise en place d'activités musicales ou autres, par exemple via le dispositif « Culture et Santé », etc.

Le maintien d'une vie sociale pour les moins autonomes pourra être travaillé par ce biais-là. Les objectifs attendus étant relativement similaires au point précédent.

Les orientations stratégiques, étant ainsi définies, il me reste la délicate mais non moins intéressante tâche d'organiser leur mise en œuvre. En effet, tout processus de changement de pratiques génère des périodes délicates pour les équipes qu'il est important de mesurer, d'accepter et de dépasser.

A ce stade de mon travail, il s'agit pour moi d'utiliser tous les outils en ma possession pour accompagner les équipes vers les objectifs précités. Aussi, attachée au bien-être et au développement des compétences des professionnels, j'entends m'appuyer sur la mise en œuvre d'une GPMC, incluant un plan de développement des compétences étoffé et travailler avec mes collaboratrices et collaborateurs sur la réalisation d'une démarche QVCT ayant vocation à améliorer leur qualité de vie au travail et donc construire des conditions de travail propices, à la fois à la bientraitance institutionnelle, et à l'épanouissement professionnel.

3 Pilotage stratégique de la spécialisation du Logis de Valric

Les orientations stratégiques nécessaires à l'exercice de ma fonction de direction étant ainsi posées, je peux décliner les actions qui vont permettre d'atteindre les objectifs affichés. Cette partie de mémoire est donc dédiée à la méthodologie choisie pour ce pilotage.

Ce pilotage est donc envisagé dans l'ensemble des domaines de ma fonction, afin que le projet se déploie dans les meilleures conditions. Après avoir présenté tous les éléments prérequis, je développerai les modalités de mise en œuvre et enfin, je m'attacherai à exposer des points transversaux, indissociables du projet, pour que sa réalisation soit viable.

3.1 Transformer les orientations stratégiques en actions concrètes grâce au projet d'établissement

3.1.1 Des prérequis indispensables pour préparer la spécialisation de l'EHPAD

Avant d'initialiser ce projet il est indispensable que certains prérequis soient définis et structurés.

A) La mobilisation de la gouvernance

En qualité de directrice déléguée aux structures médico-sociales, je dispose d'un temps hebdomadaire avec le directeur du Centre La Valette. Ce temps nous permet de faire le point sur la situation des structures et d'évoquer les projets en cours ou à venir. A ce titre, les orientations stratégiques de l'EHPAD ont fait l'objet de plusieurs temps d'échanges. En effet ils ont permis à mon responsable hiérarchique de prendre connaissance de la situation de l'EHPAD, et des éventuelles actions proposées pour lui redonner une place au sein de la communauté hospitalière mais également au sein du territoire.

Ce projet de spécialisation a donc été validé, dans ce but précis, ce qui permet son démarrage et son inscription dans différents appels à projets qui pourraient le concerner.

Cette validation légitime ainsi le travail que je vais engager auprès des équipes, et me permet de solliciter autant que de besoin les directions supports de l'hôpital dans cette réalisation. L'avancement des travaux sera donc régulièrement suivi et validé par la direction du CH La Valette et fera l'objet d'une présentation au sein du Conseil de Surveillance de l'hôpital et du comité de pilotage du Projet d'établissement du CH La Valette.

B) Assoir ma fonction de direction

Je suis arrivée en janvier 2023, suite à la création d'un poste de directrice déléguée aux structures médico-sociales au sein du Centre Hospitalier. Ma première tâche consiste à susciter l'acceptation de cette nouvelle organisation, au sein d'une communauté différemment

organisée. Problématique de changement constitutive de la fonction de direction qui, ici implique de progressivement changer des habitudes bien ancrées au sein de l'établissement.

En effet, avant ma prise de fonction, les professionnels avaient l'habitude de travailler sans véritable coordination. En d'autres termes, il n'y avait pas de gestion centralisée et coordonnée, ce qui pouvait conduire à des problèmes de communication et d'efficacité dans la gestion de ces structures (admission au fil de l'eau), la prise en charge de leurs usagers (absence de projet d'établissement) et l'accompagnement de professionnels (pas de politique RH spécifique à chaque structure), etc.

J'ai donc mis progressivement en place cette nouvelle fonction de directrice déléguée, et fait en sorte que les professionnels comprennent son importance et sa nécessité, en montrant par des décisions appropriées son utilité et la valeur ajoutée qu'il apporte à l'organisation et à la qualité des prises en charge.

Ainsi, depuis mon arrivée en janvier, je peux évoquer plusieurs actions réalisées en ce sens au sein de l'EHPAD et nécessaires pour la suite de ce projet :

- La réalisation d'un organigramme spécifique aux structures médico-sociales par la direction de l'hôpital qui permet d'officialiser et de faciliter la lecture de cette nouvelle organisation (Cf. Organigramme en annexe n°4).
- L'instauration de temps de présence définis au sein. Périodes où je reste relativement disponible pour les professionnels, usagers, familles, etc.,
- L'instauration d'une réunion mensuelle avec l'Assistante Médico-Administrative (AMA), les deux personnels administratifs affectés à 25% à l'EHPAD et issus du service de la gestion des patients, l'attachée d'administration du service finances et la cadre de santé. Ce temps favorise des échanges sur l'actualité de l'EHPAD et va permettre de travailler sur des sujets relatifs à la réalisation des orientations stratégiques (commission d'admission, suivi budgétaire, etc.).
- Dans le nouvel organigramme, la redéfinition des missions de la cadre de santé : en effet celle-ci gérait un peu tout le quotidien de l'EHPAD, dont des sujets qui ne relevaient pas de sa fonction. Après un travail en binôme sur le détail de ses activités, je l'ai recentré sur ses missions de suivi des prises en charge et de la qualité et de la sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes, de planification et gestion des projets d'activités,
- De mon côté j'assure l'orchestration des actions de l'EHPAD avec les interventions des autres services du Centre Hospitalier, et les différentes direction supports. Il en est de même s'agissant des différents partenariats et coopérations (si besoin en binôme avec la cadre de santé),
- Je coopère avec les différentes directions (ou responsables) de l'hôpital (PCME, directrice des soins, et autres représentants), notamment pour l'échange d'informations

et de suivi. Temps qui permet également d'aider l'acculturation des deux secteurs que sont le médico-social et le sanitaire (références aux RBPP, législations, etc.).

C) Introduire le cadre de l'évaluation externe à la démarche de spécialisation de l'EHPAD

Le Logis de Valric passera son évaluation externe début 2026. Cette période a été notifiée fin 2022 par l'ARS à la direction du Centre Hospitalier La Valette. A ce jour aucune démarche n'est encore engagée. Après échanges avec la qualitiennne de l'hôpital il nous est apparu essentiel, au regard des délais restants (environ 2,5 ans), d'intégrer directement cette démarche au nouveau projet de l'EHPAD. La démarche qualité et l'évaluation doivent bien évidemment trouver une place réelle dans les pratiques courantes des professionnels. En effet, ces dispositions qui visent la bienveillance et la qualité des conditions de travail ne doivent pas être un sujet seulement quelques mois avant la visite des évaluateurs. Il ne s'agit pas de répondre ponctuellement à une obligation légale, objectif qui placerait d'ailleurs toute l'équipe dans un niveau de stress évitable, mais d'inscrire évaluation et qualité dans le sens du travail et du projet.

En ce sens, j'ai sollicité la qualitiennne pour que nous travaillions à la transposition de ce projet en « document qualité », afin que celui-ci intègre bien tous les prérequis de l'évaluation externe. Cette organisation devrait ainsi faciliter l'intégration de la démarche qualité dans les pratiques quotidiennes et éviter la production de documents doublons, relativement chronophages (ex : définition d'indicateurs de suivi des actions du projet, identiques à ceux attendus dans le référentiel HAS).

3.1.2 Utiliser la rédaction du projet d'établissement comme levier d'action

La rédaction du projet d'établissement du Logis de Valric vise à instaurer les orientations stratégiques définies au chapitre 2.3. et permet aux professionnels et à la structure d'installer un nouvel élan et une dynamique de fonctionnement.

Dans le cadre de la fonction qui m'a été confiée, je pilote la démarche d'élaboration et de rédaction. Je m'appuie bien sûr, sur les compétences de la cadre de santé et/ou des directions supports, pour m'accompagner dans l'élaboration des spécificités des différents domaines sous ma responsabilité : plan d'accompagnement et de soins, RH, formation, finances, techniques et logistiques.

A) Le projet d'établissement : un véritable outil de pilotage

Si j'entends utiliser la rédaction du projet d'établissement pour instaurer les orientations stratégiques dans le quotidien de l'EHPAD, c'est essentiellement qu'à mon sens un tel document revêt différents atouts de pilotage :

- Orienter et de projeter : Il aide les professionnels à comprendre le sens de leurs actions

et leur place dans l'organisation tout en les projetant dans les évolutions à venir.

- Fédérer : sa diffusion à l'ensemble des professionnels favorise son appropriation et la cohésion d'équipe.
- Préciser les pratiques professionnelles validées au sein de l'EHPAD : à ce titre, il précise les modalités d'intervention des professionnels et l'organisation du travail.
- Intégrer : en le présentant à chaque nouvel agent, il facilite une lecture claire des objectifs de l'EHPAD et aide à son intégration.
- Conduire le changement : rédigé pour 5 ans, il va guider l'équipe sur les évolutions à réaliser, via la mise en place d'un plan d'actions.
- Négocier : Il sert de référence pour les négociations et évolutions à venir lors d'échanges avec les autorités de tarification et de contrôle.
- Communiquer et affirmer le positionnement institutionnel de l'EHPAD : Il définit le public accueilli et présente aux partenaires, ses missions et ses activités.

Enfin, en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, une fois que ce document sera validé, je souhaite qu'il soit rédigé sous une forme synthétique et adaptée, qui permette sa diffusion et son appropriation par les usagers (ANESM, 2009 : 64).

B) Engagement dans la méthode

Comme évoqué ci-dessus, la préparation de la rédaction d'un projet d'établissement est une démarche essentielle pour garantir la cohérence et la pertinence du document final. A ce titre, pour mener à bien ce travail il est indispensable de respecter quelques étapes clés :

- L'analyse du contexte et la définition des orientations stratégiques sont réalisées. Ces éléments serviront de base dans le travail de rédaction du projet d'établissement.
- Constituer un Comité de pilotage composé notamment du directeur délégué du CH La Valette, des membres du CVS (dont médecin coordinateur, cadre de santé, usagers, familles et tuteurs, membres de l'équipe, représentant des OS, etc.) et de moi-même.
- Officialiser le lancement du travail de rédaction du projet d'établissement au cours d'une réunion générale en présence du directeur du CH La Valette, intégrant les professionnels, les membres du CVS mais également en conviant les usagers, familles et tuteurs et éventuels partenaires. Il s'agit à ce moment-là de présenter les modalités de mise en œuvre de la démarche.
- Constituer des groupes de travail portant notamment sur l'élaboration des prestations à développer, les modalités d'intervention, l'organisation des journées, etc. Au regard de la taille de la structure il est possible de solliciter tous les professionnels, mais aussi des usagers et des représentants de familles. En fonction des thèmes abordés, les partenaires pourront être également sollicités.

- Mettre en place des réunions de fonctionnement tous les 15 jours au sein de l'EHPAD, ceci notamment pour assurer le relai d'informations sur l'avancement des travaux auprès des professionnels.
- Définir des outils de suivi et des modalités d'évaluation liés à la mise en œuvre du projet d'établissement.
- Rédiger le document sous sa forme finale « projet » en intégrant toutes les parties (diagnostic, orientations, organisation, fonctionnement, moyens, évaluation, etc.).
- Réaliser un plan d'actions détaillant, par étape, la mise en œuvre des actions du projet sur ses 5 ans d'existence.
- Programmer des temps de validation par le comité de pilotage (temps de validation intermédiaires et validation finale), le CVS, et une présentation en CSE.
- Définir un plan de communication adapté.
- Diffuser le projet (interne et externe).
- Le mettre en œuvre.

C) De l'esquisse à la mise en œuvre : la nécessité d'une programmation

En suivant ces étapes, je m'offre la garantie de faire aboutir le projet de spécialisation de l'EHPAD, avec la programmation suivante :

Objet	Durée d'élaboration	Mise en œuvre
Réalisation du projet d'établissement, Orientation stratégique n°1 « Spécialiser l'EHPAD »	6 mois : de juillet à décembre 2023	Janvier 2024
Orientation stratégique n°2 « Développer un accompagnement intermédiaire »	6 mois : de janvier à juin 2024	Autorisation d'accueil temporaire prévue par l'ARS d'ici fin 2024
Orientation stratégique n°3 « Ouvrir l'EHPAD sur son environnement »	Equipe mobile : pré-projet pour AàP - ARS Reste : 6 mois, de janvier à juin 2024	Septembre 2023 Septembre 2024

La programmation de la mise en œuvre de la spécialisation de l'EHPAD telle qu'attendue dans les orientations stratégiques, au 1^e janvier 2024, permet, à l'équipe de se préparer et de se projeter à une date ni trop proche (temps d'appropriation nécessaire) ni trop éloignée (risque de démobilité).

Dans un souci de transformation progressive, les 2 orientations suivantes pourront voir le jour dans un second temps, en respectant la capacité de l'équipe à s'approprier ces nouvelles méthodes de travail, et de se préparer dans de bonnes conditions (formation, appropriation des projets, rencontre des partenaires, etc.). Toutefois les objectifs et attendus de ces actions seront précisés dans le projet d'établissement et notés comme actions à développer au cours de l'année 2024.

S'agissant de l'orientation stratégique n°2, les négociations réalisées avec les autorités de tutelle dans le cadre de l'élaboration du CPOM ont permis d'envisager la création de 6 places d'accueil temporaire. L'autorisation de ces dernières serait planifiée pour courant 2024. Information qui me permet d'engager un travail de préparation avec l'équipe, tout en sachant que la période de mise en œuvre reste à préciser.

J'envisage d'utiliser un appel à projets pour engager l'orientation n°3 (création d'une équipe mobile). De ce fait sa mise en œuvre dépendra étroitement de financements complémentaires attribués ou non, via cet appel à projet. Dans le cas où la candidature de l'EHPAD se révélerait infructueuse, la mise en œuvre de l'action visée ne serait pas abandonnée pour autant. Elle fera l'objet d'un report, afin d'être de nouveau soumise à financement (Appel à projet, AMI, etc.), éventuellement elle fera l'objet d'une négociation avec les autorités de tutelle.

Enfin, bien que la spécialisation de l'EHPAD pour accueillir des personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères soit programmée en janvier 2024, cela ne veut pas dire qu'à cette date la structure ne comptera dans ses usagers que des personnes avec ce profil précis. Les usagers issus du territoire de proximité, sans troubles visés par la spécialisation, seront toujours présents dans l'établissement. Leur présence ne sera en rien remise en question. Ils bénéficieront des nouvelles activités mises en place par l'équipe. Point important à souligner, notamment auprès des familles qui pourraient s'inquiéter de cette nouvelles orientation.

Toutefois, dès que le public visé sera définitivement précisé et validé, la mise en place de la commission d'admission intégrera progressivement des personnes dont le profil correspond aux critères définis.

3.1.3 Les parties prenantes au projet

Le projet d'établissement vit par l'association et l'appropriation des personnes étroitement concernées par celui-ci. Pour être le plus réaliste possible il nécessite donc la participation de tous et de chacun.

A) Les professionnels de l'EHPAD

Comme évoqué précédemment, il est primordial que les professionnels s'approprient le projet de l'EHPAD. A cette fin, j'entends les solliciter dans l'élaboration du projet d'établissement. Leur participation sera notamment recherchée via la mise en place de groupes de travail. Au regard de la taille de l'EHPAD, il est envisageable que tous les professionnels de la structure soient sollicités à un moment donné de sa rédaction.

Aussi, afin d'amplifier leur implication, les professionnels seront tenus informés de l'avancement du projet lors des points spécifiques formulés en réunion de fonctionnement.

Ils seront également sollicités pour des temps de relecture des parties finalisées. Ce dernier point revêt toute son importance puisqu'il va leur permettre de s'approprier les nouvelles méthodes et organisation de travail, tout en bénéficiant d'un même niveau d'information. De plus il devrait faciliter la communication entre professionnels et impulser une dynamique de travail d'équipe.

L'intervention de la cadre de santé est également primordiale dans ce travail. Si j'entends piloter la réalisation du projet d'établissement, c'est elle qui aura la mission de décliner avec l'équipe une grande partie des orientations stratégiques en actions concrètes. De ce fait, elle aura la mission d'élaborer un plan d'accompagnement et de soins qui corresponde aux attendus des orientations. En effet, de par sa position elle a une vision plus fine des particularités de l'équipe et de la structure. Aussi ayant conscience de sa charge de travail, et pour éviter que celui-ci ne soit vécu comme une tâche supplémentaire à gérer, je projette d'associer l'AMA pour l'accompagner dans la démarche.

L'EHPAD dispose d'un 20 % de temps d'Assistante Médico-Administrative. Anciennement appelée secrétaire médicale, le changement de dénomination a élargi ses missions initialement dédiées aux affaires médicales à des tâches de gestion administrative de structure. A mon arrivée l'AMA n'intervenait dans l'EHPAD que sur demande de la cadre de santé ou du médecin coordinateur. Ses 20% de temps n'étaient donc pas effectivement réalisés. J'ai obtenu qu'elle intervienne réellement sur l'EHPAD deux demi-journées par semaine. De ce fait elle participe aux réunions de fonctionnement et élabore les relevés de décisions, et par la même se tient informée de l'actualité de la structure.

B) Les usagers et leurs familles

Ayant tout juste installé un nouveau CVS tel qu'attendu par le décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation, je compte utiliser cette instance comme lieu de suivi de l'avancement du projet de l'EHPAD. Je souhaite qu'elle puisse accomplir sa mission, à savoir « rendre des avis et faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement », et plus particulièrement, comme précisé par le décret, sur :

- Les droits et libertés des personnes accompagnées,
- L'organisation intérieure et la vie quotidienne,
- Les activités, l'animation socio-culturelle et les prestations proposées,
- Les projets de travaux et d'équipements,
- La nature et le prix des services rendus,
- L'affectation des locaux collectifs,
- L'entretien des locaux,

- L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants,
- Les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge,
- Le projet d'établissement ou de service et notamment sur le volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance,
- Le plan d'organisation des transports des personnes adultes handicapées bénéficiant d'un accueil de jour.

Autant de points essentiels à la fonction de direction, qui vont nécessairement être portés à réflexion et modifications par l'écriture du projet d'établissement. Un travail avec la cadre de santé, l'animatrice et l'assistante médico-administrative est en cours, afin de définir les modalités de remontées et descente d'informations entre chaque CVS. En effet, j'ai constaté que le CVS fonctionnait avec un simple envoi de l'ordre du jour rédigé par la secrétaire de direction 15 jours avant la réunion, et l'envoi uniquement aux membres d'un compte rendu, après la réunion.

A priori aucun travail en amont avec les usagers, familles ou tuteurs n'était réalisé en vue de préparer l'ordre du jour. Il en était de même s'agissant du compte rendu, ni les résidents, ni les familles ou tuteurs n'étaient destinataires de l'information. Je reste persuadée que pour mobiliser ces personnes et leur donner envie de s'investir dans la vie et les projets de la structure, il est essentiel, qu'à minima, ceux-ci disposent des informations nécessaires.

Enfin, j'entends utiliser les retours des usagers et des familles, évoqués en première partie pour engager un travail sur le développement d'activités et d'animations socio-culturelles, ou à visées thérapeutiques.

C) L'implication des partenaires du Logis de Valric

Au regard des orientations stratégiques définies, il est primordial d'engager un travail de corédaction incluant dès le début des partenaires. En effet, dans le cadre des deux premières orientations (parties 2.3.1. et 2.3.2.), il s'agira d'identifier au mieux les points de ruptures dans l'accompagnement du futur public accueilli par l'EHPAD, afin de définir des modalités d'orientations adaptées. Il en sera de même s'agissant des accueils temporaires et d'urgence. Les partenaires pourront autant représenter les établissements types EHPAD que certains professionnels libéraux.

Dans le cadre de l'orientation n°3 (partie 2.3.3.) la création de l'équipe mobile ayant pour mission de travailler avec les équipes des EHPAD du territoire, il me paraît indispensable que ce projet soit élaboré en collaboration avec une ou plusieurs d'entre elles. Ce travail de rédaction commune permettra de préciser les besoins de ces équipes et d'envisager la construction d'une offre de prestation la plus adaptée possible à leurs besoins.

A ce titre, j'envisage d'envoyer un questionnaire aux collègues du territoire afin d'identifier les établissements qui sont intéressés par ce projet. Questionnaire qui me permettra également d'évaluer le nombre d'établissements potentiellement bénéficiaires de ce nouveau dispositif. Aussi, il m'est possible de présenter ce sujet lors d'une réunion du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS-SIC), dont tous les EHPAD du département sont adhérents.

Enfin, en fonction des thèmes abordés lors des « groupes de travail » du projet d'établissement, si besoin et autant que possible, différents autres partenaires pourront être conviés (professionnels du CH La Valette, dispositifs spécialisés (DAC-PTA, CLIC, etc.) libéraux, autorités de tutelle, etc.

3.2 Déclinaison de l'organisation du plan d'actions

Avant de préciser les actions que je vais engager pour chaque orientation stratégique il me semble important de préciser les outils communs que je compte utiliser :

- Pour la rédaction du projet d'établissement : une trame type sera à disposition des différents groupes (Annexe n°5). Les professionnels devront l'alimenter au fur et à mesure de leurs rencontres. Ce document sera disponible en format numérique dans un fichier commun. Ce sera le document support que j'utiliserai pour rédiger le projet d'établissement. A l'heure du numérique, cette technique que j'ai déjà utilisée auparavant fonctionne relativement bien et est généralement appréciée des professionnels qui peuvent ainsi s'approprier le document.
- Pour la rédaction des projet d'activité : A l'image du projet d'établissement une trame type sera disponible dans le fichier commun qu'ils utiliseront pour la rédaction de chaque projet (modèle présenté en annexe n°6).
- Aussi d'autres supports (retours d'expériences, approches théoriques, etc.) proposés par les professionnels pouvant leur servir dans la rédaction de ces travaux seront les bienvenus.

Aussi, pour la rédaction de ce projet je défends une approche la plus collaborative possible. En ce sens je projette d'utiliser les méthodes de travail suivantes :

- Constitution de groupes de travail : selon les thèmes ils pourront être spécifiques à certaines fonctions, pluridisciplinaires, ou ouverts aux usagers, familles et partenaires,
- Temps de réunions : pour des sujets plus spécifiques, par exemple avec des direction supports, responsable services techniques ou des partenaires ciblés.
- Temps de travail : seul ou en binôme, ces temps seront par exemple utilisés pour la rédaction du document final, et des temps de suivi d'avancement des travaux avec la cadre de santé.

3.2.1 Spécialiser l'offre d'accompagnement de l'EHPAD

Rappel des objectifs visés :

- Garantir un accompagnement et un suivi global de la santé des personnes accueillies,
- Maintenir les acquis et stimuler pour ralentir l'apragmatisme,
- Accompagner les familles et proches aidants.

A) Méthodologie appliquée

Période d'élaboration : de juin à septembre 2023 => projet d'établissement finalisé et présenté aux instances en décembre 2023.

Actions engagées :

Actions :	Applications
Définir le profil du public accueilli d'un point de vue « clinique » (critère d'admission, critères d'exclusion)	Pilote : Directrice Participants : médecin coordinateur, cadre de santé, infirmier Support : réunion
Identifier des activités à développer en lien avec les trois objectifs de l'orientation stratégique n°1	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe Support : groupe de travail
Développer un projet d'accompagnement spécifique, afin que ce dernier réponde spécifiquement aux besoins évoqués	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe, usager familles, tuteurs, etc. Support : groupe de travail
Recomposer l'organisation interne (ex : définition d'un planning d'une semaine ou d'une journée type)	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe Support : groupe de travail
Déterminer les compétences RH nécessaires	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe, service RH, directrice Support : groupe de travail
Déterminer les formations nécessaires pour les professionnels afin d'améliorer leurs compétences, et leur permette d'atteindre un niveau d'expertise	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe, service RH Support : groupe de travail
Définir les besoins au niveau architectural (réaménagement des espaces) et matériel nécessaire à ce nouveau fonctionnement	Pilote : Directrice Participants : Cadre de santé, Membres de l'équipe, Responsable service technique et logistique Support : réunion

Modalités de suivi :

- Temps de travail avec cadre de santé,
- Trame type « projet d'établissement » alimentée par le groupe de travail,
- Fiche type « présentation d'activité » renseignée,
- Point d'avancement en réunion de fonctionnement.

Supports dans lesquels seront utilisés les informations recensées :

- Projet d'établissement,
- Fiche de présentation d'activité,
- Planning type,
- Fiche de poste,
- Plan de formations,

B) Evaluation envisagée

EVALUATION - INDICATEURS DE SUIVI ET DE RESULTATS	
Evaluation de la réalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Finalisation du volet accompagnement et soins du projet d'établissement - Nombre de projets d'activités réalisés - Réalisation d'un programme « type » cohérent aux attendus de l'orientation
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité du contenu alimenté dans la trame type du « projet d'établissement » et rédigé par les groupes de travail - Nombre de fiches « activité » rédigées - Nombre de participants aux groupes de travail (mesure de l'investissement) - Nombre de groupe de travail organisés
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires de satisfaction aux usagers - Nombre d'activités réalisées et nombres de bénéficiaires - Suivi des indicateurs définis dans chaque projet d'activité - Evaluation des activités par les professionnels (évaluation de l'utilité de l'activité) et l'encadrement - Définition d'indicateurs en lien avec le référentiel HAS évaluation externe

C) Sources de financements possibles

Chaque année l'EHPAD provisionne un budget dédié aux activités (thérapeutiques, et culturelles). Dans le cadre du développement programmé de ses activités il me paraît opportun d'utiliser les dispositifs à notre disposition pour aider au financement de ceux-ci (appels à projet (AàP), appel à manifestation d'intérêts (AMI), subventions, etc.).

S'agissant de ce point, le territoire propose depuis plusieurs années, via l'ASEPT du Limousin (Association Santé Education et Prévention sur les Territoires du Limousin) une aide au financements d'ateliers « PAC RESIDENTS ». Il s'agit de programmes à destination des seniors sur diverses thématiques en lien avec la santé : mémoire, vitalité, bien être, etc., pratiqués au sein des établissements, et financés par La Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA) de la Creuse. Financements qui peuvent être sollicités pour une durée de trois ans avec un financement pouvant atteindre 80 % du coût de la prestation. => dépôt des candidatures : 1^e octobre 2023.

Le dispositif Culture et Santé porté conjointement par l'ARS, la DRAC et le Conseil Régional, permet d'aider chaque année le financement d'une ou plusieurs actions culturelles. => dépôt des candidatures janvier 2024.

Enfin, cette année l'ARS a diffusé un appel à candidature « Programmes antichute en EHPAD basés sur l'activité physique adaptée qui permet de financer un programme d'activité psychique adapté standardisé, ayant vocation à réduire les chutes. Les candidatures sont à envoyer pour le 15 septembre 2023. Le profil des usagers concernés par cet AàP correspond à celui de l'EHPAD. De plus ce dernier est intégré à un programme de recherche sur la réduction des chutes via le suivi d'une activité physique adaptée. Valorisant pour l'équipe et bénéfique pour les usagers j'entends donc formuler une candidature pour l'EHPAD.

Au final, tous ces dispositifs pourront aider l'EHPAD à financer une partie des activités qu'il envisage de développer.

3.2.2 Développer un offre d'accompagnement intermédiaire

Rappel des objectifs visés et résultats attendus :

- Pouvoir accueillir l'urgence et le temporaire,
- Développer l'accueil de jour : soulager les familles en stimulant les bénéficiaires,
- Valoriser l'UHR comme dispositif complémentaire.

A) Méthodologie appliquée

Période d'élaboration : de janvier à juin 2024

Actions engagées :

Actions : pour chaque type d'accueil	Applications
Définir le profil du public accueilli d'un point de vue « clinique » (critère d'admission, critères d'exclusion)	Pilote : Directrice Participants : médecin coordinateur, cadre de santé, infirmier Support : réunion
Identifier des activités à développer et faire le lien avec les activités développées dans l'orientation stratégique n°1	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe Support : groupe de travail
Développer un projet d'accompagnement spécifique, afin que ce dernier réponde spécifiquement aux besoins évoqués	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe, usager familles, tuteurs, etc. Support : groupe de travail
Créer une organisation interne pour chacun des accueils (ex : définition d'un planning d'une semaine ou d'une journée type)	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe Support : groupe de travail
Déterminer les compétences RH nécessaires,	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe, service RH, directrice Support : groupe de travail
Déterminer les formations nécessaires pour les professionnels afin d'améliorer leurs compétences, et leur permette d'atteindre un niveau d'expertise	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe, service RH Support : groupe de travail

Définir les besoins au niveau architectural et matériel pour développer cette nouvelle offre d'accueil	Pilote : Directrice Participants : Cadre de santé, Membres de l'équipe, Responsable service technique et logistique Support : réunion
---	--

Modalités de suivi :

- Temps de travail avec cadre de santé,
- Trame type « projet d'accueil intermédiaire » alimentée par le groupe de travail,
- Fiche type « présentation d'activité » renseignée,
- Point d'avancement en réunion de fonctionnement,

Supports dans lesquels seront utilisés les informations recensées :

- Projet d'établissement,
- Fiche de présentation d'activité,
- Planning type,
- Fiche de poste,
- Plan de formations,

B) Evaluation envisagée

EVALUATION - INDICATEURS DE SUIVI ET DE RESULTATS	
Evaluation de la réalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation des trois projets d'accueil intermédiaire qui seront annexés au projet d'établissement - Ouverture effective des places d'accueil temporaire et de jour, - Augmentation de la file active de l'UHR
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité du contenu alimenté dans la trame type « projet » rédigé par les GT - Nombre de participants aux groupes de travail (mesure de l'investissement) - Nombre de groupe de travail organisés
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires de satisfaction aux usagers, famille et / ou partenaires - Suivi de la file active de chaque dispositif - Suivi des indicateurs définis dans chaque projet - Définition d'indicateurs en lien avec le référentiel HAS évaluation externe

C) Sources de financements

- Accueil d'urgence, temporaire et accueil de jour : négociation CPOM de deux places d'accueil temporaire (une chambre double) et 4 places d'accueil de jour.
- Fonctionnement de l'UHR : dotation annuelle pérenne ARS

3.2.3 Ouvrir l'établissement sur son environnement

Rappel des objectifs visés :

- Etayer les équipes des autres établissements du territoire,
- Maintenir et développer le lien et les habiletés sociales des usagers,
- Accueillir et faire du lien social à l'intérieur de l'EHPAD.

Cette orientation peut ainsi se décliner en deux actions :

Le Logis de Valric un EHPAD "Centre de ressources" sur son territoire...

- Accompagner les EHPAD dans l'amélioration de leur prise en charge de personnes en situation de handicap psychiques,
- Créer une équipe mobile,
- Diffuser les bonnes pratiques.

... qui soutient l'accès à la vie sociale des usagers :

- Développer l'accès à la citoyenneté et le maintien de la vie sociale des usagers,
- Développer des partenariats avec la société civile (activités à visées socialisantes et / ou occupationnelles,
- Accompagner les usagers dans leur projet de vie,
- Maintenir autant que possible le lien social.

A) Méthodologie appliquée

Période d'élaboration : de janvier à juin 2024

Actions :	Applications
Rédiger un pré-projet pour postuler sur l'appel à projet de l'ARS en vue du financement de la création de l'équipe mobile => pour septembre 2023	Pilote : Directrice Participants : Médecin coordinateur, cadre de santé, infirmier, partenaire (EHPAD) Support : Réunion
Si obtention des crédits : rédiger les projet d'équipe mobile en précisant ses objectifs, missions, etc.	Pilote : Cadre de santé Participants : Partenaire, membre de l'équipe, usagers, familles, etc. Support : Groupe de travail
Identifier des activités socialisantes pouvant être développée à l'extérieur et à l'intérieur et faire le lien avec les activités développées dans l'orientation stratégique n°1	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe, usagers, familles, tuteurs, etc. Support : Groupe de travail
Créer une organisation interne pour développer des activités internes et externes (ex : définition d'un planning d'une semaine ou d'une journée type), en lien avec l'orientation n°1	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe Support : Groupe de travail
Déterminer les compétences RH nécessaires	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe, service RH, directrice Support : Groupe de travail
Déterminer les formations nécessaires pour les professionnels afin d'améliorer leurs compétences, et leur permette d'atteindre un niveau d'expertise	Pilote : Cadre de santé Participants : Membres de l'équipe, Service RH Support : Groupe de travail
Définir les besoins au niveau architectural et matériel pour développer cette nouvelle offre d'accueil	Pilote : Directrice Participants : Cadre de santé, membres de l'équipe, Responsable service technique logistique Support : Réunion

Entériner les partenariats pour développer ces activités	Pilote : Directrice Participants : Partenaire, cadre de santé, membre de l'équipe, Support : Réunion
--	---

Modalités de suivi :

- Temps de travail avec cadre de santé,
- Trame type « projet de création d'une équipe mobile » alimentée par le groupe de travail,
- Fiche type « présentation d'activité » renseignée,
- Point d'avancement en réunion de fonctionnement.

Supports dans lesquels seront utilisés les informations recensées :

- Projet d'établissement,
- Fiche de présentation d'activité,
- Fiche de poste,
- Plan de formations.

B) Evaluation envisagée

EVALUATION - INDICATEURS DE SUIVI ET DE RESULTATS	
Outils d'évaluation envisagés	<ul style="list-style-type: none"> - Finalisation du projet d'équipe mobile - Nombre de projets d'activités réalisés sur l'extérieur et à l'intérieur de l'EHPAD - Réalisation d'un programme « type » cohérent aux attendus de l'orientation et en lien avec l'orientation n°1
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de fiches « activité » rédigées - Qualité du contenu alimenté dans la trame type du « projet d'équipe mobile » rédigé par le groupe de travail - Nombre de participants aux groupes de travail (mesure de l'investissement) - Nombre de groupe de travail organisés
Indicateurs de résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la satisfaction des usagers et des partenaires - Nombre de bénéficiaires - Nombre de partenariat développés - Nombre d'actions menées - Nombre d'interventions réalisées - Suivi des indicateurs définis dans chaque projet - Définition d'indicateurs en lien avec le référentiel HAS évaluation externe

C) Sources de financements possibles

Dans le cadre de la campagne budgétaire médico-sociale 2023 - volet handicap, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a diffusé le 11 juillet un appel à projets permettant de déployer des solutions favorisant le maintien de la personne handicapée vieillissante (PHV) dans son lieu de vie habituel, à domicile ou en établissement.

Ces projets devront s'inscrire dans une évolution/adaptation de l'offre existante, au plus proche des besoins et dans une logique d'auto-détermination des personnes accompagnées.

Pourront ainsi être éligibles les projets qui s'inscrivent en particulier dans l'une ou plusieurs des orientations suivantes :

- Renforcer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, en établissement, à domicile (y compris en habitat inclusif),
- Proposer une offre sur la base d'un fonctionnement « en plateforme » regroupant une pluralité de prestations issues des secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées » intégrant l'accès à différentes solutions/prestations ;
- Identifier un ESMS « Ressource » afin de capitaliser et partager les expertises et les pratiques professionnelles en lien avec les recommandations HAS, de proposer des formations croisées entre les professionnels du handicap, du grand âge et du sanitaire.

Cet appel à candidature tombe idéalement bien pour aider financièrement le portage du premier objectif de cette orientation. En effet, le projet de création d'une équipe mobile s'inscrit parfaitement dans le dernier point (ESMS « Ressource », etc.) et sera effectivement adossé à un établissement proposant un fonctionnement en plateforme. Les candidatures sont à retourner avant le 30 septembre 2023 pour un retour de l'ARS fin novembre.

3.3 Éléments de gestion complémentaires indispensables au projet

La définition des éléments cités ci-dessus doit permettre d'engager un plan d'actions RH et d'envisager des leviers financiers permettant leur mise en œuvre.

3.3.1 Formaliser une véritable politique de management de ressources humaines

A) Instauration d'une GPMC

La mise en place d'une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) est un processus crucial pour assurer une gestion efficace des ressources humaines et garantir une qualité de prise en charge optimale des usagers. Cette démarche stratégique vise à anticiper les besoins en compétences et à adapter ces ressources humaines aux évolutions de l'établissement.

La première étape consiste à réaliser un diagnostic des emplois et des compétences existantes, qui me permette d'identifier les métiers clés, les fonctions essentielles, ainsi que les besoins en formation et en qualifications. Une évaluation des compétences individuelles de chaque professionnel sera nécessaire pour mieux cerner les besoins en formation. Action déjà réalisée annuellement via les entretiens professionnels et les entretiens de formations.

Une fois le diagnostic établi, il me sera alors possible d'élaborer un plan d'action GPMC adapté, comprenant un axe formation, de mobilité interne, et de recrutement. Il sera également possible de préciser les mesures favorisant l'attractivité mais aussi la fidélisation des professionnels.

A ce stade, je travaillerai en étroite collaboration avec l'attachée d'administration de l'hôpital, en charge de la gestion des carrières et de la GPMC, et la cadre de santé.

En effet au regard de la pyramide des âges de l'EHPAD et des fonctions présentes, il est opportun si ce n'est nécessaire, d'envisager en amont, le remplacement des futurs départs en retraite et l'intégration de nouveaux métiers (plutôt éducatifs) en lien avec la nouvelle activité de l'EHPAD. L'annexe n°7 vient apporter quelques éléments d'information sur les effectifs de l'EHPAD.

B) Développer un plan de formation

Lorsque le projet d'établissement sera réalisé en fonction des orientations stratégiques attendues en 2^e partie, il sera alors possible d'élaborer un plan de développement des compétences. J'entends utiliser cet outil de pilotage en management des ressources humaines, pour recenser tous les besoins en formations, nécessaires à la mise en œuvre de ce projet, pour permettre à chaque professionnel d'atteindre les compétences requises pour assurer ses missions dans les meilleures conditions. Plan que je travaille en collaboration avec la cadre de santé et le service RH du Centre Hospitalier.

La campagne d'entretiens professionnels et de formation a débuté en juin et se termine fin septembre. Nous procédons donc avec la cadre de santé à l'élaboration de ces derniers, ce qui devrait nous permettre d'avoir une première lecture des compétences présentes et besoins en formation d'ici la fin d'année.

Par la suite en relation avec la personne en charge de la formation, nous pourrons élaborer un plan de formation spécifique pour l'EHPAD (si possible pluri annuel). En effet tout est géré par un logiciel RH et permet d'obtenir facilement ces données par une requête.

Une fois ce plan élaboré le service formation pourra prendre le relai et inscrire le plan de l'EHPAD au sein du plan de développement des compétences de l'hôpital. Il se peut que certaines formations soient mutualisées avec d'autres services si des demandes identiques sont formulées. Il se peut également que certaines formations soient réalisées en interne par des services spécialisés dans le domaine visé (évaluation du risque suicidaire, réhabilitation, psychopathologie, etc.).

Aussi, à mon sens, il est utile de retenir trois temporalités dans l'élaboration de ce plan :

- Le court terme qui va regrouper les formations « urgentes » nécessaires aux professionnels pour réaliser au mieux leurs missions actuelles.
- Le moyen terme où les formations vont intervenir dans le cadre de la transformation de l'EHPAD et vont accompagner le changement par l'acquisition de nouvelles compétences.

- Le long terme, ces formations vont soit réinterroger les pratiques des professionnels, soit en apporter de nouvelles, par exemple avec l'ouverture vers les autres EHPAD.

Cette temporalité est importante à retenir afin de prioriser au mieux les formations proposées aux professionnels, et de réaliser un juste dosage entre besoins « courants » et projections d'évolution de l'activité.

Au regard des éléments évoqués il s'avère nécessaire de programmer des formations portant sur les thèmes suivants (liste non exhaustive) :

Acculturation des secteurs :

- Notion de réhabilitation psychosociale,
- Revisiter les missions des professionnels dans l'accompagnement quotidien.

Améliorer le codage des actes et l'évaluation du niveau d'autonomie des usagers :

- Formation Pathos,
- Formation AGGIR.

Développer les habiletés psychosociales des usagers :

- Formation en Éducation Thérapeutique du Patient (ETP),
- Formation sur l'animation d'ateliers (élaboration, mise en œuvre et méthodologie d'évaluation), etc.

Connaissance du public et de ses spécificités :

- Formation psychopathologie,
- Formation en psychiatrie de la personne âgée, troubles psychiques sévères,
- Formation sur la prise en charge des personnes atteintes de MND, etc.

Travail éthique et analyse des pratiques :

J'inscris ce travail au niveau de la formation, car je souhaite que celui-ci soit valorisé et piloté par un psychologue clinicien de l'hôpital, dans le cadre d'un temps de Formation Information Recherche (FIR). Sans revenir sur ce sujet, la plus-value d'un suivi par un psychologue réside à mon sens dans leurs capacités à mener ces ateliers collectifs, formaliser et restituer les conclusions de ces derniers. L'idée étant de pouvoir les utiliser au sein de l'EHPAD, par exemple comme un guide de bonnes pratiques internes.

Il est nécessaire de ne pas oublier dans ce plan les formations réglementaires et « courantes » de l'EHPAD :

- Formation risque incendie, évacuation, PTI (protection travailleur Isolé),
- AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence),
- Prévention de la dénutrition,
- Evaluation de la douleur,
- Prévention des chutes, etc.

Enfin, j'envisage de proposer a minima une formation diplômante (étude promotionnelle), d'AMP/AES, vers moniteur éducateur. Opportunité qui devrait aider à l'acculturation des secteurs et à l'approfondissement des compétences requises. En effet, au regard des éléments rapportés par la directrice de l'EHPAD Marie-Pia, et des RBPP, ce public vieillissant atteint de troubles psychiques sévères, outre son besoin de soins nécessite essentiellement d'un accompagnement au maintien ou au développement de ses habiletés sociales. La création d'un poste de moniteur éducateur devrait aider l'équipe de l'EHPAD, et notamment les AES/AS à développer un programme en ce sens. Il aura ainsi une fonction de coordination de ces personnels, y compris de l'animatrice. Celle-ci se retrouvant un peu trop seule dans son poste et isolée dans ses actions.

C) Déployer une politique QVCT spécifique à l'EHPAD

La mise en place d'une politique de Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) au sein du Logis de Valric revêt une importance cruciale. En effet dans le prolongement du plan de formation ces actions auront vocation à améliorer le bien-être des professionnels et par déclinaison la qualité des accompagnements.

Nous savons que les professionnels des EHPAD sont exposés à des situations difficiles liées à des prises en charge parfois complexes, et ce d'autant plus avec l'accueil d'un public sujet à des troubles intenses. La conception d'une politique QVCT spécifique à l'EHPAD aura vocation à favoriser un environnement de travail épanouissant, où les professionnels se sentiront soutenus, valorisés et écoutés.

A ce titre et en parallèle à la mise à jour du DUERP, j'entends travailler sur les éventuels facteurs de stress, la prévention de l'épuisement professionnel, des risques psychosociaux (RPS) ou encore la réduction des troubles musculo-squelettiques (TMS). Pour cela je compte notamment instaurer des temps de « dialogue social » internes à l'EHPAD, afin de définir un plan adapté aux situations des professionnels, et qui soit élaboré collectivement.

Comme il est géré par un Centre Hospitalier l'EHPAD ne dispose pas d'Instances Représentatives du Personnel en interne. D'où ma volonté de procéder à un travail collectif intégrant les représentants du personnel de l'hôpital mais surtout des professionnels de l'EHPAD, qui sont les plus à même d'identifier les situations à risques.

Une fois rédigé et validé ce plan passera par la suite dans les différentes services et instances de l'organisme gestionnaire (CSE, C3SCT, etc.).

3.3.2 S'assurer de la viabilité financière du projet

Pour l'année 2022 le budget de l'EHPAD s'élevait à 2 390 620 €, avec un résultat net comptable de 26 895 €. La ventilation des dépenses est la suivante : dépenses afférentes à l'exploitation courante, 19 %, dépenses afférentes au personnel, 75 %, et les dépenses afférentes à la structure, 6 %. Sur cette année l'EHPAD a subi un débasage lié à sa coupe

Pathos, et à la baisse de son GMP. Ce qui est rassurant c'est que malgré cette baisse de dotation, l'EHPAD a réussi à finir l'année à l'équilibre.

Toutefois et en prévision d'améliorer la qualité de ses prestations, la reformulation de son offre et la création d'activités nouvelles devrait permettre pour l'une de faire remonter la valeur de son GMP et pour l'autre de bénéficier de dotations complémentaires, nécessaires au développement de l'établissement. Les points suivants et l'annexe n°8, permettent de préciser mon action en ce domaine.

A) Une évaluation de la dépendance par les GIR, répercutée sur le financement

En France, le niveau de dépendance des personnes âgées est évalué et classé en 6 groupes dits « iso-ressources » (GIR). Chaque GIR décline un niveau d'aides nécessaire à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Le GIR 1 étant le moins autonome et le GIR 6, le plus autonome (Cf. annexe n°9).

L'évaluation des besoins en soins requis quant à elle est opérée à l'aide du référentiel « PATHOS ». Cet outil évalue, à partir de situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. Cette analyse transversale donne lieu à une cotation de ses besoins sous forme de points « PATHOS », qui permet de calculer un indicateur synthétique des besoins en soins, dit « Pathos Moyen Pondéré » (PMP) (AGGIR - PATHOS ; Agence régionale de santé Occitanie).

Ces évaluations sont réalisées sous la responsabilité du médecin coordonnateur. L'évaluation de la perte d'autonomie est validée par un médecin du Conseil Départemental concerné et un médecin de l'ARS. L'évaluation des besoins en soins requis est validée par un médecin de l'ARS.

La dernière coupe Pathos de l'EHPAD a été validée en 2020 avec un score GMP de 699 contre 827 en 2017. La valeur du PMP elle a légèrement augmentée passant de 167 en 2020 contre 165 en 2017. La baisse du GMP a généré une perte financière d'environ 100 000€ pour l'établissement, ce qui est loin d'être négligeable. Son explication peut avoir plusieurs origines : l'absence d'orientations stratégiques de l'établissement en matière d'accueil et d'admission, qui a accepté des usagers au fil de l'eau, sans considérer les écarts de GIR ; un défaut de formation concernant l'utilisation de la grille AGGIR et de l'outil PATHOS, notamment par le médecin coordinateur. En effet, si la grille AGGIR et/ou le support PATHOS sont mal ou pas assez renseignés, ceci impacte directement sur le calcul des PMP et GMP.

La mise en place d'actions correctrices telles que la spécialisation de l'EHPAD, et la mise en place de formations spécifiques sur ce thème pour le personnel concerné devrait améliorer la situation de l'EHPAD. L'intérêt d'une certaine stratégie à ce niveau joue un rôle

capital puisque le calcul de ces points va être la composante de base pour déterminer le budget de l'établissement pour plusieurs années. Aussi, fait important, la prochaine coupe Pathos est prévue pour la signature du CPOM, et devrait avoir lieu début 2024.

Mon objectif est que l'EHPAD, par une augmentation des besoins en soins des nouveaux publics accueillis, remonte son GMP et son PMP, a minima, tel qu'il était en 2017, voire à l'image de l'EHPAD Marie-Pia, évoqué dans la partie 2.

B) Le CPOM comme levier financier

Comme évoqué dans les chapitre précédents, début 2023 des rencontres ont eu lieu avec les autorités de tutelles pour travailler sur l'élaboration du 1^e CPOM de la MAS et de l'EHPAD. Ces échanges ont donné lieu à la rédaction d'un CPOM commun, comprenant 11 actions, dont certaines communes aux deux établissements et d'autres spécifiques à chacun d'entre eux.

S'agissant de l'EHPAD, il a été possible au regard du projet évoqué de spécialisation, d'obtenir l'accord de principe pour l'autorisation de place d'accueil temporaire (2 places d'accueil temporaire et 6 places d'accueil de jour). Cette proposition devrait être effective courant 2024, via un appel à candidature (AàC). En effet, en référence au Code de l'action sociale et des familles (CASF) cette demande de création de place accueil temporaire étant inférieure à une augmentation de 30% ou à 15 places ou lits de la capacité initialement autorisée, elle nécessite une demande d'autorisation (et non une procédure d'appels à projets), qui prendra la forme d'un appel à candidature.

Cette opportunité permettra de conforter le budget de l'EHPAD notamment par l'octroi notamment d'une dotation annuelle pour la partie « soins » de 10 900 € par place d'accueil temporaire, et pour la partie « dépendance » de 4 500 € par place d'accueil temporaire.

Aussi, si cette activité nouvelle nécessite la rédaction d'un projet d'accompagnement spécifique, que ce soit pour l'accueil temporaire ou celui de jour, la prise en charge et notamment le volet « activités et accompagnement » peut en partie être mutualisé avec celui de l'hébergement « classique » de l'EHPAD (hors accompagnement individuel). De ce fait le personnel recruté dans le cadre de ce nouveau projet pourra en partie être mutualisé avec celui de l'EHPAD (temps d'activités communes, etc.).

C) Les appels à projets comme aide au développement d'activités

Les EHPAD sont régulièrement sollicités pour candidater à de nombreux appels à projets. Je reste toujours en veille quant à ces derniers qui permettent bien souvent une aide au financement d'actions en tout genre : activités, formation, QVCT, etc.

S'agissant de l'EHPAD j'entends utiliser certains d'entre eux pour le financement d'activités à destination des usagers (comme évoqué plus haut : Culture et Santé, CFPPA, etc.).

Par expérience ces derniers peuvent apporter un soutien financier de l'ordre de 60% du coût de l'action, voire pour certains la totalité de leur coût.

Enfin, la diffusion par l'ARS de financement d'un Appel à manifestation d'Intérêt à destination de PHV, permet à l'EHPAD de candidater pour présenter son projet de soutien aux professionnels des autres EHPAD, s'agissant de la prise en charge de personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères. Les missions envisagées pour cette équipe entrent dans le cadre du cahier des charges, tout en répondant aux besoins évoqués en première partie.

A ce titre, la candidature de l'EHPAD pourrait lui permettre le recrutement de 2,5 ETP (1 IDE, 1 AES et un 0,5 ETP de psychologue) dédiés à cette mission et l'investissement à hauteur de 25 000 € dans le cadre du développement de leur activité (véhicule, matériels, formation) soit une demande de crédits d'environ 125 000 €.

3.3.3 Communiquer et réinterroger le projet pour rester innovant

La communication est un outil important dans une dynamique de changement. Elle permet de mettre des mots et des objectifs sur les actions envisagées, et de réduire ainsi les incompréhensions, voire les résistances. Une bonne communication de la part de la direction favorise le développement d'une meilleure communication entre tous les acteurs d'un établissement.

Dans ce sens rester en veille sur l'évolution du secteur et des besoins des publics accueillis favorise une dynamique d'innovation.

A) Organiser un plan de communication interne

- Intégration des projets des établissements médico-sociaux dans le comité de pilotage du Centre Hospitalier. En effet l'hôpital dispose d'un Copil assurant le suivi du projet d'établissement de l'ensemble du Centre Hospitalier. A ce titre, et avec l'aval du directeur, j'ai pu obtenir l'inscription d'un volet médico-social dans le volet du PE de l'hôpital. Il sera ainsi présenté l'avancée des travaux de chaque établissement médico-social à ce niveau, dont le projet de l'EHPAD.
- Intégration d'un point spécifique médico-social dans chaque ordre du jour des Conseil de Surveillance. Cette instance remplace les Conseils d'Administration des établissements médico-sociaux autonomes. Jusqu'à ma prise de fonction les informations relatives aux établissements médico-sociaux n'étaient que peu présentées. En inscrivant en systématique un point à l'ordre du jour, il me sera possible de communiquer l'avancement des travaux de ces structures aux membres de cette instance de « gouvernance ».

- Ma participation au Comités de direction me permet de faire un point hebdomadaire sur l'avancement du projet autant au niveau de ma direction qu'au niveau de mes collègues directeurs (travaux avec les directions supports (RH, informatiques, finances, etc.)).
- J'ai instauré un temps de réunion de fonctionnement bimensuelle avec les équipes des structures médico-sociales. Ainsi, tous les 15 jours, nous avons un temps d'échanges planifié à l'EHPAD, où tout le personnel est invité. Au-delà des points relatifs à la gestion quotidienne, ce temps permet de faire une synthèse de l'état d'avancement des travaux, et de répondre aux différentes interrogations des professionnels.
- Au niveau des usagers et des familles, deux actions de communication sont en cours, la première est en lien avec le CVS, l'autre porte sur la mise en œuvre d'une petite « lettre d'information » bimestrielle où seront notamment traités l'avancement des projets de l'EHPAD. Familles, usagers mais également partenaires pourront ainsi s'approprier l'avancement des projets de l'EHPAD.
- Enfin, le CVS qui rassemble notamment les usagers, des représentant d'usagers et des membres de l'équipe validera l'avancée des travaux à chaque étape clé de sa réalisation (projet d'établissement, projet d'équipe mobile, développement de partenariats, etc.).

B) Organiser un plan de communication externe

Les autorités de tarification :

Le projet étant réalisé en parallèle avec la finalisation du CPOM, des échanges à ce sujet sont déjà en cours. Aussi comme le projet de développement s'inscrit dans le cadre de différents appels à projets portés par l'ARS, un suivi régulier s'est déjà instauré. Afin de garantir une bonne communication avec ces deux autorités de tarification, j'envisage de les convier à certains CVS de l'EHPAD, dont l'ordre du jour portera sur la présentation des projets finalisés. Ces deux « partenaires » sont également membres du Conseil de Surveillance, et, à ce titre, seront informés de l'évolution des projets spécifiques de l'EHPAD à chaque nouvelle instance.

Les partenaires et le territoire :

Lorsque l'EHPAD aura finalisé ces projets, il est important que le territoire puisse en être informé. A ce titre je pense utiliser la presse locale pour présenter ses nouvelles activités. Leur référencement au sein des plateformes et sites spécialisés est également une action que j'engagerai. J'entends également utiliser le service communication du CH La Valette pour relayer l'information au sein de son réseau (GHT, PTSM, réseaux sociaux, etc.) et la rédaction d'une plaquette de présentation (inscrites dans la Loi 2002-2).

Au-delà de ces supports, j'envisage de rencontrer directement certaines structures spécialisées comme la DAC-PTA, les CLIC, le service départemental de gériatrie, etc.

Accompagnée de la cadre de santé nous pourrions ainsi répondre aux questions spécifiques de ces professionnels. Dans un second temps des rencontres avec les partenaires pourront être programmées (EHPAD, USLD, SSR, Libéraux, etc.).

C) L'évaluation de l'activité, un vivier pour l'innovation

Ce projet tend à répondre à des besoins identifiés pour un public cible à un instant « T ». Au-delà d'une évaluation portant sur la mise en œuvre de cette spécialisation, il me semble primordial de rester en veille quant à l'évolution de ce public, de ses besoins, des besoins du territoire et des capacités de l'EHPAD.

A ce titre, j'entends utiliser ses bilans d'activités, que j'aurai préalablement reformulé en fonction de ses nouvelles orientations, afin de considérer l'évolution de la population réellement accueillie, les activités menées par l'équipe au sein de l'EHPAD, à l'extérieur, etc.

Ces données conjuguées aux données du territoire (INSEE, ORS, ARS, Département, etc.), devraient favoriser l'adaptation, si nécessaire, de l'activité de l'EHPAD aux nouveaux besoins pressentis. Des échanges avec les partenaires et notamment les autres EHPAD du département, sur leurs besoins devraient venir compléter ce tableau et étayer mon travail (par exemple lors de rencontres au sein du GCS SIC, dont nous sommes tous adhérents en Creuse).

Je pense par exemple au développement d'hébergement intermédiaire au collectif, via des logements individuels, qui pourrait être développés à plus long terme avec les EHPAD du territoire. En effet, certains d'entre eux disposent de petits logements individuels annexes qui pourraient se prêter à l'accueil d'un public vieillissant atteints de troubles psychiques sévères et persistants.

Conclusion

Avoir un regard optimiste sur l'avenir permet de penser que demain sera mieux qu'aujourd'hui, et que ce sont les hommes qui font évoluer la société vers ce meilleur. S'appuyer sur ce qui est considéré comme acté par notre collectif social pour avancer est une chose, mais il revient de notre responsabilité de dirigeant de percevoir les carences existantes ou à venir afin d'envisager des solutions.

Lucien Bonnafé disait « On juge du degré de civilisation d'une société à la façon dont elle traite ses fous ».

La société française a indéniablement fait des avancées dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap, mais il est vrai que certains publics semblent encore être oubliés. C'est pourquoi il est primordial de s'attacher à rechercher des solutions pour répondre à leurs besoins spécifiques.

A ce titre, la spécialisation du Logis de Valric dans l'accompagnement des personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères, permettra de concentrer les ressources et les expertises nécessaires pour offrir un accompagnement adapté et de qualité au sein du territoire creusois. Il s'agit là d'une démarche proactive qui tient compte des évolutions sociales et des exigences de notre société en matière d'accompagnement et de respect des droits fondamentaux de chaque individu.

Les progrès dans la compréhension des troubles psychiques et les avancées médicales offrent des opportunités pour améliorer la prise en charge globale de ces personnes. Aussi, ce projet contribue à humaniser davantage les soins et à favoriser le bien-être de ces dernières.

En tant que futurs dirigeants, il nous incombe de prendre en compte ces enjeux et de participer activement au développement de telles initiatives, en accordant une attention particulière aux besoins spécifiques des publics que nous accueillons. En associant nos efforts à ceux de la société et en gardant à l'esprit les valeurs d'empathie et de respect, nous pouvons espérer un avenir où chaque individu, quel que soit son état de santé, soit pleinement intégré et accompagné dans sa vie quotidienne, jusqu'au crépuscule de son existence.

En résumé, la spécialisation du Logis de Valric pour accueillir et accompagner les personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques sévères est un pas en avant vers une société plus inclusive et bienveillante. Les hommes ont le pouvoir de faire évoluer la société vers le meilleur, et c'est en considérant les besoins de tous ses membres que nous parviendrons à construire un avenir plus juste et plus égalitaire. L'aspiration à la fonction de direction répond au désir de participer à cette évolution sociale grâce à une

augmentation de ma puissance d'agir c'est à dire *de mettre en place le cadre qui rend les rivalités, non plus destructrices mais, fécondes, en écoutant, échangeant, consultant et enfin tranchant pour viser «la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes ».*
(P. RICOEUR).

Bibliographie

Articles, ouvrages et revues

Alexandre-Bailly F., Bourgeois D., Gruère J. P., Raulet-Crosset N., et Roland-Lévy C. (2003), Comptes humains & management, p. 279-280, Pearson Education France.

De Berranger S., (2003), Maladies psychiques et vieillissement Vieillir, oui !... Mais où ? revue Empan 2003/4 (n°52), p. 148 à 152, Érès, <https://www.cairn.info/revue-empan-2003-4-page-148.htm>

Pancrazi M. P., Guinard P., Isserlis C., (2015) L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France, L'information psychiatrique, Volume 91, p. 755 à 761, <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-9-page-755.htm>

Rapports, plans et études

ANESM, (2009), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, p. 64.

ANESM. (2014), Lettre de cadrage « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques ». p. 4-6, consulté le 17 mars 2023, disponible sur le site de la HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/lettre_de_cadrage_handicap_psychique_octobre_2014.pdf

ANESM. (2014), L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes, p. 6, disponible sur le site de la HAS https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb-adaptation_personnes_handicapees_vieillissantes-interactif.pdf

ANESM. (2016), Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques, consulté le 15 mars 2023, disponible sur le site de la HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_1__rbpb_accompagnement_adultes_handicapes_psychiques_2016.pdf

ARS Nouvelle Aquitaine (2017) Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine, diagnostic territorial Creuse V02, p. 40.

ARS Nouvelle Aquitaine, (2018), Cadre d'orientation stratégique Nouvelle-Aquitaine 2018-2028, p. 15.

ARS Nouvelle-Aquitaine, (2023) Projet Régional de Santé, Diagnostic 2023, p. 207.

CNSA. (2017), Troubles psychiques - Guide d'appui pour l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques, p. 14.

Delporte M., (2018), Vieillir avec des troubles psychiques : des difficultés croissantes, un manque de réponses adaptées, CREAL Hauts-de-France, Centre de ressources sur le handicap psychique (CREHPsy).

Fédération des acteurs de la Solidarité, (2020). La perte d'autonomie ou dépendance définition et modes d'évaluation, p. 35, disponible sur le site <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/11/Fiches-Pratiques.pdf>

Laforcade M. (octobre 2016) Rapport relatif à la santé mentale, p. 11.

Ministère de la Santé et de la prévention, (2023), Santé Mentale et Psychiatrie - Synthèse du bilan de la feuille de route

Ressource numérique – sites internet

www.toupie.org

FAMIDAC, (2014), Quand les fous vieillissent, <https://www.famidac.fr/?Quand-les-fous-vieillissent>

INSEE, (2023), Dossier complet, Département de la Creuse (23), INSEE, p. 2, www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-23

INSEE, (2023), Revenus et pauvreté des ménages en 2020, Département de la Creuse (23), p.1, www.insee.fr/fr/statistiques/7619015?geo=DEP-23#tableau-REV_G1

EHPA Presse, (2022), défi psychiatrique en EHPAD : Entretien avec Isabelle Bilger, <https://www.ehpa Presse.fr/actualite/defi-psychiatrique-en-ehpad-entretien-avec-isabelle-bilger/>

www.mais.asso.fr : (s. d.), définition de l'accompagnement social :

<https://www.mais.asso.fr/definition-de-laccompagnement-social>

Ooreka, (s. d.), GIR moyen pondéré, consulté en mars 2023, <https://assurance-dependance.ooreka.fr/astuce/voir/655507/gir-moyen-pondere>

Textes législatifs et règlementaires

Circulaire DGCS/SD3A n°2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

Décret n°2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation, je compte utiliser cette instance comme lieu de suivi de l'avancement du projet de l'EHPAD

Note d'information N°DGCS/SD3A/3B/CNSA/DESMS/2021/69 du 19 mars 2021 fixant le cadre national d'orientation sur les principes généraux relatifs à l'offre de répit et à l'accueil temporaire.

Littérature grise

Projet d'établissement du Centre Hospitalier La Valette 2020-2024,

Site internet du Centre Hospitalier La Valette,

Livret d'accueil du Centre Hospitalier La Valette.

Glossaire

Service de gériatrie : prend en charge en hospitalisation complète des patients âgés atteintes de plusieurs pathologies chroniques invalidantes, à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Il assure via une hospitalisation directe, ou après un passage aux urgences, un temps d'investigation ou d'équilibrage de traitement et prépare l'orientation du patient vers la structure la plus adaptée à son état de santé en vue de sa sortie de l'unité.

Service de Soins et de Réadaptation (SSR) en gériatrie : accueille en hospitalisation complète ou partielle des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible. Il prend en charge en admission programmée, des patients soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, ou provenant du domicile ou substitut du domicile (EHPAD, USLD).

Unité de Soins de Longue Durée (USLD) : structure d'hébergement et de soins qui accueille majoritairement des personnes âgées dépendantes présentant une polypathologie, un handicap ou une maladie nécessitant une surveillance médicale continue. Les moyens médicaux qui y sont mis en œuvre sont plus importants que dans les EHPAD. Elles sont généralement adossées à un établissement hospitalier.

Accueil de jour : il permet d'accueillir de façon programmée, pour une période d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine, des personnes en perte d'autonomie, et notamment malades d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée ou d'une autre maladie neuro-dégénérative vivant à domicile.

Plateforme d'accompagnement et de Répit (PFR) : s'adresse aux proches aidants d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, ou neurodégénérative. Elle assure plusieurs missions dont le recensement des prestations et services existant sur le territoire, l'information, l'écoute et le soutien aux aidants, l'organisation d'un répit à domicile par une suppléance de l'aidant, et/o la proposition d'activités favorisant la vie sociale auprès du couple aidant/aidé.

Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) : guichet d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) : dispositif créé pour répondre à un besoin majeur : aider les professionnels (notamment le médecin généraliste) à gérer des situations complexes et organiser le parcours de santé, et ce quels que soient l'âge et la pathologie du patient.

Centres de Proximité en Santé Mentale (CPSM) : permet un accès de proximité aux soins en santé mentale (consultations, hospitalisation partielle et suivi ambulatoire) et une coordination vers des soins spécialisés si nécessaire (orientation, hospitalisation, etc.).

Hôpital de jour de psychiatrie de la personne âgée : assure des soins polyvalents continus ou discontinus (une à plusieurs demi-journées par semaine) pour des personnes âgées de plus de 65 ans présentant des troubles psychiques. Cette alternative à l'hospitalisation complète permet de maintenir la personne dans son milieu, de prévenir des périodes de crise par une surveillance régulière.

Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Âgée (EMPPA) : prend en charge toute personne âgée de plus de 65 ans, résidants en établissement médico-social (EHPAD), ou au domicile, présentant une crise psychique, sur indications. La mission première de l'EMPPA est de fournir aux partenaires de soins (notamment les professionnels des EHPAD), un diagnostic psychiatrique, une aide à la décision et au traitement de la crise, voir une orientation dans une unité de soins spécialisée.

Unité d'hospitalisation complète de psychiatrie de la personne âgée : est une unité de prévention, de diagnostic et de soins, spécialisée dans la prise en charge de personnes de plus de 65 ans présentant des troubles psychiatriques aigus tels que des troubles du comportement, une décompensation de psychose ancienne, des troubles des affections neuro-dégénératives ou vasculaires.

Unité Alzheimer : Ces unités ont plusieurs noms, Unité de Vie Protégée (UVP) ou Unité Protégée Alzheimer UPA. Elles accueillent des résidents présentant une pathologie Alzheimer ou apparentée avec des troubles modérés du comportement. La principale finalité de cette unité est de faciliter le traitement non médicamenteux des troubles cognitifs et comportementaux des personnes hébergées dans un cadre sécurisé.

Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) : Accueille en journée des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, ayant des troubles modérés du comportement. Il organise des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation.

Équipe mobile Spécialisée Alzheimer (ESA) : Accompagne les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant à domicile et aide leurs proches. L'objectif des interventions est de leur permettre de rester vivre le plus longtemps à domicile. Ces interventions se font sur prescription médicale et se déroulent sur 12 à 15 séances échelonnées sur 3 mois.

Places d'accueil d'urgence : s'adresse aux personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée dont le maintien à domicile n'est temporairement plus possible du fait d'une situation particulière.

Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) : issue du 3^e plan Alzheimer 2008-2012, a vocation d'accueillir des patients présentant des Symptômes Comportementaux et Psychologiques de la Démence (SCPD) productifs, dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée, quel que soit l'âge. Ses objectifs de soins sont d'accompagner les patients et les familles dans les moments dits de « crise », d'établir un diagnostic, d'évaluer les SCPD et d'essayer de les diminuer via des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses et de préparer l'orientation de la personne vers une sortie adaptée.

Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) : Les UHR hébergent des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Analyse de la population creusoise de plus de 55 ans atteinte de troubles psychiques suivie par les services du CH La Valette.....	II
Annexe n°2 : Profil des usagers accueillis au Logis de Valric.....	IV
Annexe n°3 : Plans du Logis de Valric.....	VI
Annexe n°4 : Organigramme de l'EHPAD.....	VIII
Annexe n°5 : Trame type projet d'établissement.....	X
Annexe n°6 : Trame type projet d'activité.....	XI
Annexe n°7 : Données relatives aux Ressources Humaines du Logis de Valric.....	XII
Annexe n°8 : Budget prévisionnel.....	XIII
Annexe n°9 : Description de l'évaluation des GIR.....	XV

Annexe n°1 : Analyse de la population creusoise de plus de 55 ans atteinte de troubles psychiques suivie par les services du CH La Valette

Tableau de synthèse - Âge en années : >= 55 - Tout pôle adulte				
Séjour	Année 2022		Année 2021	Tendance
Nombre de séjours	523	séjour(s)	467	11,99%
Activité ambulatoire	Année 2022		Année 2021	Tendance
Nombre de résumés d'activité ambulatoire	14 355	RAA	15 164	-5,34%
Patient	Année 2022		Année 2021	Tendance
Nombre de patients	2 806	patient(s)	2 751	1,02%
Nombre de nouveaux patients	705	patient(s)	697	1,01%

Lieu d'origine de la personne à son entrée – année 2022		
Mode	Séjours	%
Transfert MCO	19	4 %
Transfert PSY	1	0 %
Domicile	501	96 %
Structure d'hébergement médicosociale	2	0 %
Total	523	100 %

Destination de la personne à sa sortie – année 2022		
Mode	Séjours	%
Sortie sans autorisation	6	2 %
Mutation SSR	5	1 %
Transfert MCO	30	8 %
Transfert SSR	3	1 %
Transfert PSY	1	0 %
Domicile	305	81 %
Structure d'hébergement médicosociale	24	6 %
Décès	4	1 %
Total	378	100 %

Type de prise en charge – tout pôle adulte – personne >= 55 ans – année 2022					
Forme d'activité	Séjours	Journées	Demi-journées	Actes	Patients
01 - Hospitalisation à temps plein	381	10 340	0	0	259
20 - Hospitalisation à temps partiel de jour	194	1 459	5 441	0	165
31 - Prise en charge en ambulatoire par d'autres dispositifs que le CMP et le CATTP (= suivi Equipe mobile spécialisée)	0	0	0	7 074	1 310
30 - Prise en charge par le centre médico psychologique (CMP)	0	0	0	5 713	972
32 - Prise en charge par le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	0	0	0	1 568	99

Mode légal de soins - Tout pôle adulte - personne >= 55 ans - année 2022					
Mode légal	Séjours	Journées	Demi-journées	Actes	Patients
1 - Soins psychiatriques libres	511	10 601	5 412	14 106	1 977
7 - Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	29	496	0	115	30
3 - Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État	12	441	6	86	12
8 - Soins psychiatriques pour péril imminent	32	261	23	48	28

Diagnostics principaux – Tout pôle adulte – personne >= 55 ans – année 2022					
Diagnostics ciblés	Séjours	Journées	Demi-journées	Actes	Patients
F20-F29 Schizophrénie, troubles schizotypiques et délirants	81	1 946	1 003	2 056	164
F20 - Schizophrénie	35	773	662	1 217	83
F21 - Trouble schizotypique				4	1
F22 - Troubles délirants persistants	26	749	90	472	49
F23 - Troubles psychotiques aigus et transitoires	7	39	98	76	9
F25 - Troubles schizo-affectifs	6	200	9	239	14
F28 - Autres troubles psychotiques non organiques	7	185	144	38	6
F29 - Psychose non organique, sans précision				10	2
F30-F39 Troubles de l'humeur [affectifs]	166	3 899	1 642	3 140	466
F30 - Épisode maniaque	3	13	191	23	6
F31 - Trouble affectif bipolaire	55	1 209	400	845	103
F32 - Épisodes dépressifs	71	1 660	625	1 435	246
F33 - Trouble dépressif récurrent	33	903	426	629	87
F34 - Troubles de l'humeur [affectifs] persistants	3	105		176	21
F39 - Trouble de l'humeur [affectif], sans précision	1	9		32	3
F40-F48 Troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes	106	1 804	809	2 467	336
F40 - Troubles anxieux phobiques				64	10
F41 - Autres troubles anxieux	89	1 646	631	1 872	255
F42 - Trouble obsessionnel-compulsif				45	3
F43 - Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	14	134	29	388	52
F44 - Troubles dissociatifs [de conversion]				10	1
F45 - Troubles somatoformes	1	22	76	67	9
F48 - Autres troubles névrotiques	2	2	73	21	6
F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement de l'adulte	38	781	686	1 235	119
F60 - Troubles spécifiques de la personnalité	34	745	620	1 096	103
F61 - Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité				18	1
F62 - Modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrales				1	1
F63 - Troubles des habitudes et des impulsions	1	6		13	3
F65 - Troubles de la préférence sexuelle				17	3
F68 - Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte				46	2
F69 - Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision	3	30	66	44	6
Total	391	8 430	4 140	8 898	1 085
Total des diagnostics renseignés pour les personnes = et > de 55 ans, pris en charge en 2022	759	18 092	9 085	21 274	2 799
% de diagnostics sur l'ensemble des diagnostics patients = et > à 55 ans	52%	47%	46%	42%	39%

Annexe n°2 : Profil des usagers accueillis au Logis de Valric

- Répartition des résidents en fonction des GIR

	2022		2021	
	Nombre	%	Nombre	%
GIR 1	3	7,50	7	17,50
GIR 2	22	55	15	37,50
GIR 3	3	7,50	7	17,50
GIR 4	12	30	9	22,50
GIR 5	0	0	0	0
GIR 6	0	0	2	5
Total	40	100	40	100

TdB ANAP - Campagne 2022

- Répartition par âge des personnes accompagnées

	2022		2021	
	Nombre	%	Nombre	%
De 50 à 54 ans	0	0	0	0
De 55 à 59 ans	1	2,50	0	0
De 60 à 74 ans	15	37,50	14	35,90
De 75 à 84 ans	14	35	16	41,03
De 85 à 95 ans	10	25	8	20,51
De 96 ans et plus	0	0	1	2,56
Total	40	100	39	100

TdB ANAP - Campagne 2022

- Durée moyenne de séjour en EHPAD

	2022	2021
Durée moyenne de séjour / d'accompagnement en jours	1 035,08	1 715,13
Durée moyenne de séjour en année	2,8 ans	4,7 ans
Somme des durées d'accompagnement pour les personnes sorties définitivement dans l'année (la durée d'accompagnement est l'écart en nombre de jours entre admission et sortie) hors personnes en hébergement temporaire et accueil de jour	13 456	13 721
Nombre de sorties définitives dans l'année hors personnes en hébergement temporaire et accueil de jour	13	8

TdB ANAP - Campagne 2022

- **Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance en %**

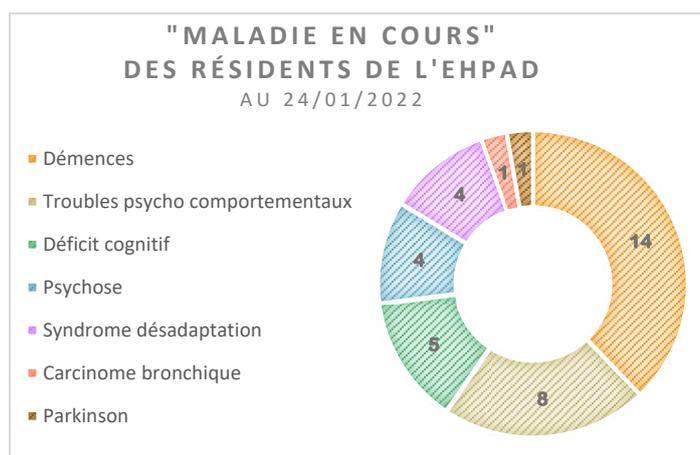
	2022	2021
% provenant du domicile ou du milieu ordinaire	12,50	41,03
% provenant d'un établissement de santé	60	20,51
% provenant d'un établissement médico-social	27,5	38,46
% dont la provenance n'est pas connue	0	0
Nombre de personnes accompagnées dans l'effectif au 31.12 hors hébergement temporaire ou accueil de jour	30	38

TdB ANAP - Campagne 2022

Le tableau ci-dessus est relativement intéressant car il montre que sur l'année 2022 l'EHPAD a principalement accueilli des personnes provenant d'un établissement de santé (60 %). L'établissement de santé concerné n'est autre que le CH La Valette qui a orienté des patients relevant de sa filière de psychiatrie du sujet âgé vers l'EHPAD.

Aussi, approximativement un quart des usagers provient d'un autre établissement médico-social (un tiers en 2021), ce qui permet de constater l'existence d'un relai entre les EHPAD dits « communs » et le Logis de Valric, en matière de prise en charge. En effet seulement 12,50 % des usagers proviennent de leur domicile.

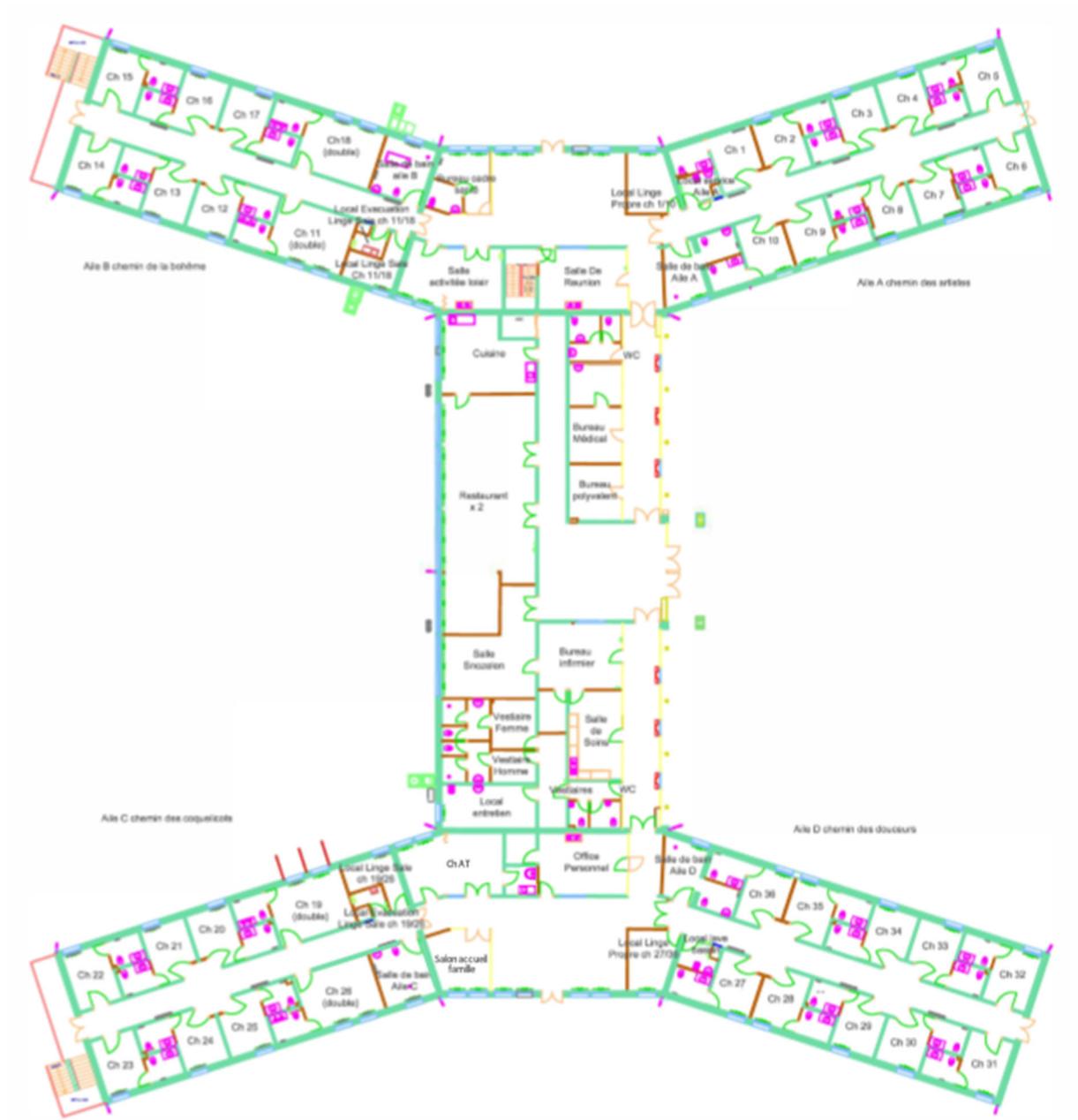
Ce dernier met en évidence le caractère « spécialisé en psychiatrie » perçu par les autres établissements qui orientent leurs résidents vers Valric, lorsque ceux-ci développent des troubles du comportement trop envahissant ou « perturbateurs ».



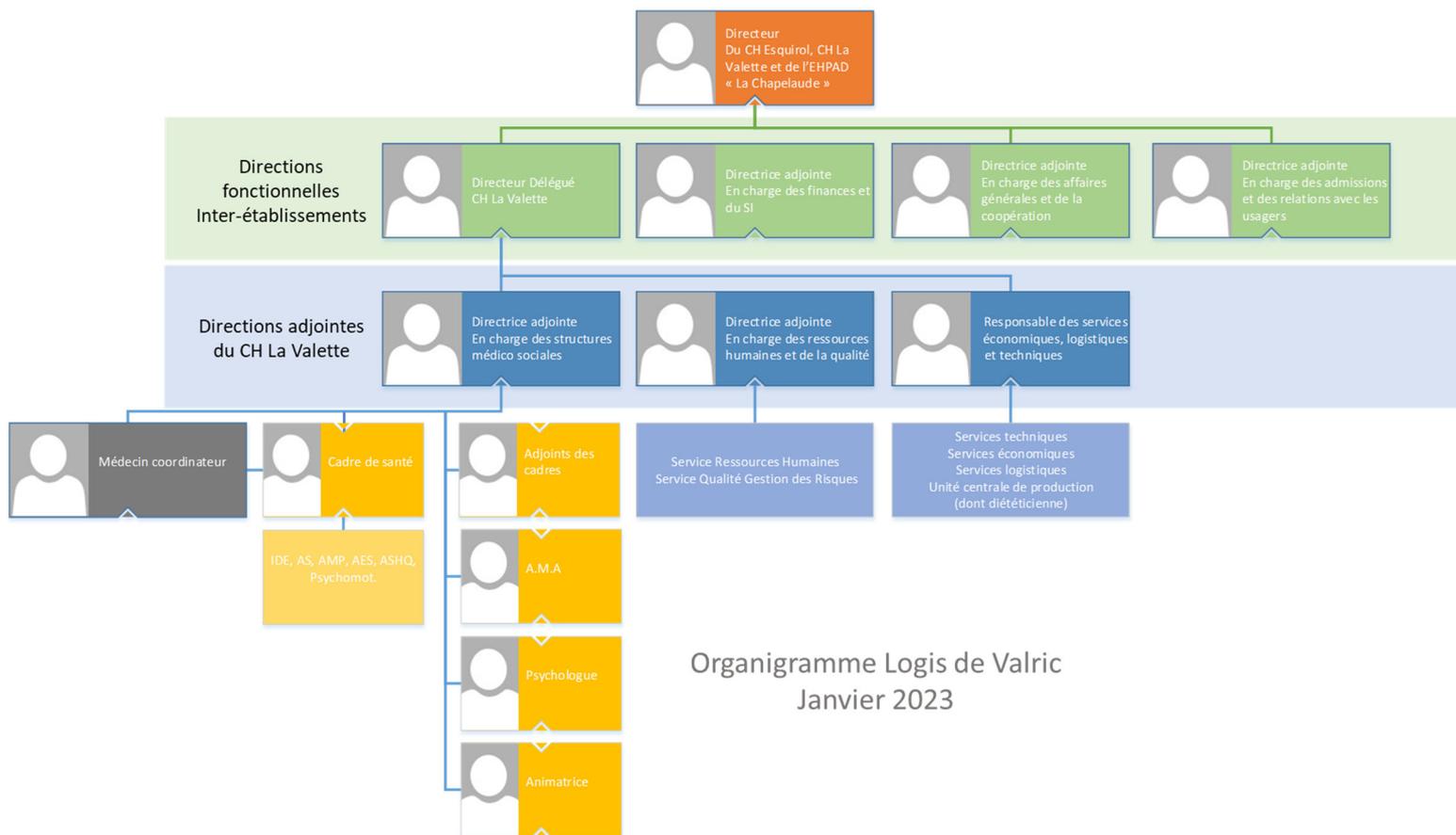
Le graphique ci-contre vient étayer ce constat, puisqu'il fait apparaître que le profil pathologique des résidents au 31 janvier 2023, est pour 35% de la démence (dont 4 diagnostiqués MA), 20% de troubles psycho-comportementaux, 13% de troubles cognitifs et 10% de psychose¹. Ce qui permet de préciser que 78% des résidents de l'EHPAD sont atteints de pathologies impliquant des troubles du comportement.

¹ Source : extraction du volet « maladie en cours » du Dossier Patient Informatisé « Cariatides ».

REZ-DE-CHAUSSÉE



Annexe n°4 : Organigramme de l'EHPAD



Sans ignorer ses limites, l'intérêt de l'organigramme réside prioritairement dans la clarification de la répartition des responsabilités et la formalisation des rattachements hiérarchiques. En effet, chaque professionnel a son propre domaine d'expertise et de responsabilité qu'il est important de présenter et de respecter : traduction de la stratégie adoptée et moyen d'information interne et externe. Ainsi il est possible de retenir l'organisation suivante :

- **Le directeur et le directeur délégué** sont les garants des orientations stratégiques générales de tous les établissements, ils impulsent la réalisation des attendus du projet d'établissement, et assument la ligne managériale.
- **Le directeur Adjoint en charge des structures médico-sociales** : en adéquation avec orientations générales de la direction du CH, il est le garant des orientations stratégiques internes. Il assure la gestion globale des établissements dont il coordonne les activités et supervise l'équipe administrative ainsi que les relations avec les partenaires extérieurs.
- Les liens fonctionnels avec les **Directions communes** permettent de faciliter la mise en œuvre des orientations via la mise à disposition de leurs services et agents respectifs.
- Il en est de même avec les **Directions adjointes propres au CH La Valette**, notamment s'agissant de la gestion RH (carrière, paie, absentéisme, etc.), technique (travaux et maintenance) et logistique (achats, entretiens, etc.).
- **Les Adjoints Administratifs** assurent essentiellement le suivi relatif aux mouvements des usagers (entrées, sorties, facturation, etc.)

- **L'Assistante Médico-Administrative** gère les tâches administratives courantes (compte rendu de réunion, la correspondance et certaines tâches de communication).
- **Le Médecin Coordonnateur**, en lien fonctionnel avec la direction adjointe des structures médico-sociales est le garant de la prise en charge médicale des usagers et coordonne, en lien avec la cadre de santé, le volet médical de la prise en charge.
- **Le cadre de santé**, sous la responsabilité de la direction adjointe des structures médico-sociales, assure l'interface avec l'équipe soignante et porte la mise en œuvre du projet d'établissement, en cohérence avec les lignes managériales définies.
- **Les infirmiers** assurent notamment les soins médicaux, la surveillance de la santé des usagers, l'administration des médicaments, l'organisation et l'animation d'activités thérapeutiques et de prévention en santé, la gestion des dossiers médicaux et la coordination avec les autres professionnels pour assurer leur bien-être général.
- **Les Aides-Soignants, Aides Médico-psychologiques, et Accompagnants éducatifs et sociaux** participent aux actes quotidiens des usagers, telles que l'hygiène, l'aide à la toilette et à l'habillage, la distribution des repas, l'aide à la mobilité, etc. Ils travaillent en étroite collaboration avec les infirmiers pour fournir des soins de base et contribuer au confort et au bien-être des résidents. Ils contribuent également à l'animation des activités sociales, culturelles et de loisirs des usagers.
- **Le Moniteur-éducateur (création de poste)** assure des missions axées sur l'accompagnement éducatif, social et relationnel des usagers :
 - o En collaboration avec l'animatrice, organise et anime des activités sociales, culturelles et de loisirs visant à stimuler les résidents sur le plan cognitif, social et émotionnel,
 - o Travaille avec les usagers au renforcement de leur autonomie dans la vie quotidienne,
 - o Collabore avec les professionnels soignants pour intégrer des approches éducatives dans la prise en charge globale,
 - o Contribue à la création d'un lieu de vie propice à leur épanouissement,
 - o Observe et évalue les progrès des usagers dans leurs activités et leurs interactions sociales.
- **Les Aides Médico-psychologiques, et les Accompagnants éducatifs et sociaux**, apportent un soutien personnalisé aux résidents dans les actes de la vie quotidienne, y compris l'hygiène, la nutrition, la mobilité et l'habillage.
- **L'animatrice** : en collaboration avec le moniteur-éducateur organise les activités sociales, culturelles et de loisirs des usagers.
- **Les Agents de Service Hospitalier Qualifiés** assurent l'hygiène générale des locaux individuels et collectifs. Ils assurent également l'ensemble des activités liées à la restauration (réception des repas, remise en chauffe, distribution).
- **La psychologue** : Apporte un soutien psychologique aux usagers.

Trame type Projet d'établissement

EHPAD Le Logis de Valric

1. Présentation du projet d'établissement
 - 1.1. Fonction du projet d'établissement et méthodologie appliquée
 - 1.2. Procédure de validation, durée et évaluation utilisée
2. Cadre juridique, historique, positionnement et missions du Logis de Valric
 - 2.1. Cadre juridique de l'établissement
 - 2.2. Historique de la structure
 - 2.3. Positionnement de l'EHPAD dans l'organisation du Centre Hospitalier La Valette
 - 2.4. Missions
3. Les caractéristiques et besoins des usagers de la structure
 - 3.1. Caractéristiques de la population accueillie
 - 3.2. Politiques publiques en faveur de ce dernier
 - 3.3. Recommandations de bonnes pratiques existantes
 - 3.4. Besoins des usagers, familles et partenaires
 - 3.4.1. Besoins de la population accueillie
 - 3.4.2. Besoins des familles et tuteurs
 - 3.4.3. Besoins des partenaires
4. Les prestations de service proposées
 - 4.1. Le projet de soins et d'accompagnement
 - 4.2. Prestations proposées par la structure
 - 4.3. Organisation de la prise en charge
 - 4.4. Description, rôle et fonction de chaque professionnel
5. Organisation et fonctionnement du Logis de Valric
 - 5.1. Organisation et fonctionnement de la structure
 - 5.2. Gouvernance, instances et réunions de service
 - 5.3. Les dispositifs en place garantissant les droits des usagers
 - 5.4. Partenariats existants
6. Les moyens à disposition de l'EHPAD
 - 6.1. Moyens humains
 - 6.2. Moyens matériels
 - 6.3. Moyens logistiques
 - 6.4. Moyens financiers
7. Les objectifs d'amélioration et de développement des prestations
 - 7.1. Spécialisation de l'offre d'accompagnement
 - 7.2. Ouverture sur l'extérieur
 - 7.3. Développement d'accueil intermédiaire
 - 7.4. Création d'une équipe mobile à destination des équipes du territoire
8. Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
9. Démarche d'évaluation d'externe et méthodologie appliquée
10. Conclusion

Annexes

Annexe n°6 : Trame type projet d'activité

Trame type Projet d'activités

EHPAD Le Logis de Valric

Nom de l'activité :

Type d'activité (actions de prévention, occupationnelle, ETP, etc.) :

Objectifs :

Public-cible (critères d'inclusion, critères d'exclusion) :

Nombre de participants :

Durée :

Fréquences :

Période de réalisation :

Contenu des séances :

Compétences travaillées (santé, cognitives, affective familiale, sociale, etc.) :

Moyens nécessaires :

- Humains :

- Matériels :

- Financiers :

Modalités d'évaluation

Annexe n°7 : Données relatives aux ressources humaines du Logis de Valric

Pyramide des âges du personnel au 31.12.2022		
Tranche d'âge des professionnels	Année N-1	Année N-2
Moins de 20 ans	0	0
de 20 - 29 ans	6	4
de 30 - 39 ans	8	8
de 40 - 49 ans	13	14
de 50 - 54 ans	2	2
de 55 - 59 ans	8	7
de 60 - 64 ans	2	1
Plus de 65 ans	1	2

Effectif au 1 ^{er} janvier 2023						
Fonctions	ETP Physiques	Hébergement	Soin	Dépendance	UHR	Total ETP R
ADM	2	0,50				0,50
AMA	1	0,10				0,10
AMP	2		0,60	0,30	1,10	2,00
Animateur	1			1		1,00
AS	16		8,80	3,80	2,25	14,85
ASH	10	7		3		10,00
CS	1		0,90			0,90
IDE	3		2,30			2,30
Psychomot.	1		0,20			0,20
Total général	37	7,6	12,80	8,10	3,35	31,85

Taux d'absentéisme par motif en %		
	Année N-1	Année N-2
Pour maladie ordinaire / de courte durée	0,33	0,20
Pour maladie de moyenne durée	6,42	4,22
Pour maladie de longue durée	2,32	5,83
Pour maternité/paternité	1,68	0,38
Pour accident du travail / Maladie professionnelle	0,27	0,61
Pour congés spéciaux dont congés sans solde (hors congés payés)	0,00	0,09
Taux d'absentéisme total	11,01	11,33

Annexe n°8 : Budget prévisionnel simplifié

EHPAD Le Logis de Valric									
Budget prévisionnel									
Charges					Produits				
	2023	Mesures nouvelles	2024	2025		2023	Mesures nouvelles	2024	2025
GROUPE I : CHARGES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE	454 294 €	31 801 €	487 003 €	487 977 €	GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION	2 315 046 €	306 180 €	2 643 909 €	2 808 824 €
Achats	167 575 €		167 910 €	168 246 €	- Dont "Soins"	1 173 141 €		1 175 487 €	1 338 709 €
Services extérieurs	19 769 €		19 809 €	19 848 €	- Dont "Hébergement"	844 553 €		846 242 €	847 935 €
Autres services extérieurs	266 950 €		267 484 €	268 019 €	- Dont "Dépendance"	297 352 €		316 000 €	316 000 €
Développement activité AJ		31 801 €	31 801 €	31 864 €	Dotation nouvelle AM pour 6 places AJ + 2AT		181 180 €	181 180 €	181 180 €
			- €	- €	AMI PHV		125 000 €	125 000 €	125 000 €
GROUPE II : CHARGES AFFERENTES AU PERSONNEL	1 767 894 €	268 000 €	2 053 573 €	2 074 109 €	GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION	45 955 €	10 000 €	37 341 €	47 341 €
Charges personnel	1 767 894 €		1 785 573 €	2 074 109 €	Subvention d'exploitation	18 614 €			
Recrutement dans le cadre AJ-AT		168 000 €	168 000 €		Produits divers	27 341 €		27 341 €	27 341 €
AMI PHV (1 IDE, 0,4 Psy., 1 AES)		100 000 €	100 000 €		Subvention d'exploitation diverses activités		10 000 €	10 000 €	20 000 €
								- €	- €
GROUPE III : CHARGES AFFERENTES A LA STRUCTURE	141 537 €	5 000 €	141 630 €	136 723 €	GROUPE III : PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLES	29 619 €	- €	2 042 €	2 042 €
Charges gestion courante	46 537 €		46 630 €	46 723 €	Produits exceptionnels (reste Sub inv.)	29 619 €		2 042 €	2 042 €
Amortissements	95 000 €		90 000 €	90 000 €				- €	- €
Acquisitions EM + AJ		5 000 €	5 000 €	- €					
Frais financiers	- €		- €	- €				- €	- €
Charges exceptionnelles			- €	- €				- €	- €
TOTAL	2 363 725 €	304 801 €	2 682 206 €	2 698 809 €	TOTAL	2 390 620 €	316 180 €	2 683 292 €	2 858 207 €
Résultat déficitaire	- €				Résultat excédentaire	26 895 €		1 086 €	159 397 €

La projection présentée une évolution des charges telle qu'attendue par le département (0,20%) et un GVT de + 1% par an. A celles-ci s'ajoutent les charges nouvelles liées au développement des activités (Accueil de jour et temporaire + équipe mobile) inscrites pour 2024.

Les recettes suivent la hausse préconisée à laquelle s'ajoute pour 2024 les mesures nouvelles des deux créations (AT-AJ + Equipe mobile). Pour 2025, s'applique la dotation incluant la nouvelle coupe Pathos (prévue en 2024), et fait apparaître une nette hausse des recettes. A noter que ce premier budget prévisionnel ne fait pas apparaître la hausse des dotations dépendance et hébergement, liée à la variation des GIR (profil des usagers accueillis).

Toutefois il permet de constater un équilibre pour 2024 et la réalisation d'un excédent sur 2025 permettant de renforcer les moyens humains de la structure et procéder à de nouvelles acquisitions.

Mémo BP prévisionnel simplifié				Commentaires
	2023	2024	2025	
				Nouvelle coupe PATHOS en 2024 et simulation effet en 2025
GMP	699	699	800	Augmentation du point (hypothèse pondérée)
PMP	167	167	250	Augmentation du point (hypothèse pondérée)
GMPS	1131,53	1131,53	1447,5	
Tarif global	13,1	13,1	13,1	
Nombre de places	40	40	40	
Dotation :	1 173 141 €	1 175 487 €	1 338 709 €	
- Dont UHR :	365 000 €	365 000 €	365 000 €	Maintien de la dotation
Mesure nouvelle AJ+AT		181 180 €	181 180 €	Mesure nouvelle AJ + AT
Mesure nouvelle AMI PHV		125 000 €	125 000 €	Mesure nouvelle à compter de 2024

Le tableau ci-dessus présente l'évolution de la dotation de l'EHPAD au regard :

- de l'évolution des points GMP et PMP (coupe Pathos prévue en 2024 et effet à compter de 2025),
- de la création des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire, ainsi que la création de l'équipe mobile.

Accueil Temporaire et Accueil de jour		
	Pour 1 place	Pour 8 places
Nombre de places		
Dotation soins	10 900 €	87 200 €
Dotation dépendance	4 500 €	36 000 €
Dotation hébergement :		
- AT : 2 places (365 jours x 2)	60,3 €/Jour / P	18 980 €
- AJ : 6 places (300 jours x 6)	26 €/ Jour / P	39 000 €
Montant de la dotation		181 180 €

Personnel prévisionnel en ETP (AJ + AT)	ETP	Coût
Personnel de direction (mutualisé avec l'EHPAD)	0,2	- €
Cadre de santé (mutualisé avec l'EHPAD)	0,2	- €
AMA	0,2	6 000 €
IDE	1	45 000 €
ME	0,4	35 000 €
AES	2	60 000 €
Psychologue	0,4	22 000 €
Total ETP		168 000 €

Le développement de l'activité d'accueil de jour et d'accueil temporaire permettra de générer de nouvelles recettes telles que présentées dans le tableau ci-dessus. Le montant calculé pour 2024 tient compte des lignes budgétaires énoncées dans l'appel à candidature. Ce budget prévisionnel permet le financement des ETP envisagés avec l'équipe pour ce projet, présenté dans le tableau de droite et inclue également une augmentation des charges du titre 1.

Annexe n° 9 : Description de l'évaluation des GIR

En France, le niveau de dépendance des personnes âgées est évalué et classé en 6 groupes dits « iso-ressources » (GIR). Chaque GIR décline un niveau d'aide nécessaire à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Le GIR 1 étant le moins autonome et le GIR 6, le plus autonome

GIR	DESCRIPTIF
GIR 1	<i>Il regroupe les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont lourdement altérées et qui nécessitent la présence continue d'intervenants.</i>
GIR 2	<i>Il correspond à deux catégories de personnes âgées dépendantes :</i> <ul style="list-style-type: none">- <i>Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, mais qui ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,</i>- <i>Les personnes dont les fonctions mentales sont gravement altérées, mais qui ont conservé la capacité de se déplacer.</i>
GIR 3	<i>Il réunit les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, mais qui ont besoin d'être aidées tous les jours à plusieurs reprises pour accomplir les gestes de la vie courante (se lever, s'habiller, aller aux toilettes, etc.).</i>
GIR 4	<i>Il correspond à deux catégories de personnes : celles qui ont besoin d'aide pour se lever et se coucher, mais sont capables de se déplacer seules à l'intérieur d'un logement. Une assistance leur est parfois nécessaire pour l'habillage et la toilette ; celles qui n'ont pas de difficultés à se déplacer mais ont besoin d'une aide pour les activités corporelles et pour les repas.</i>
GIR 5	<i>Il regroupe les personnes requérant une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.</i>
GIR 6	<i>Il désigne les personnes ayant totalement conservé leur autonomie dans les actes de la vie courante.</i>

La grille d'évaluation utilisée pour réaliser cette cotation est nommée grille « Autonomie Gérontologique et Groupes Iso Ressources » (AGGIR). Elle reprend les diverses activités de la vie courante déclinée en 10 variables d'activités corporelles et mentales dites « discriminantes » : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements intérieurs, déplacements à l'extérieur et communication à distance.

« Le niveau de GIR est établi à partir des 8 premières activités « discriminantes ». En fonction du score obtenu, la personne âgée est ensuite classée dans l'un des 6 groupes « iso-ressources » (Ooreka, «GIR : définition et niveau de dépendance, 2023).

Cette évaluation permet aux professionnels de déterminer le degré de dépendance d'une personne âgée et le groupe GIR auquel elle se rattache

N°	Activité	DESCRIPTIF
1	Cohérence	<i>La personne âgée est-elle capable de converser et/ou de se comporter de façon logique et sensée ?</i>
2	Orientation	<i>La personne âgée se repère-t-elle dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux ?</i>
3	Toilette	<i>Quelle est sa capacité à assurer son hygiène corporelle (haut et bas du corps) ?</i>
4	Habillage	<i>La personne peut-elle s'habiller, se déshabiller, et choisir elle-même ses vêtements ?</i>
5	Alimentation	<i>La personne peut-elle se servir des aliments préparés et les manger seule ?</i>
6	Hygiène de l'élimination	<i>La personne souffre-t-elle d'incontinence ?</i>
7	Transferts	<i>Quelle est sa capacité à se lever, se coucher et s'asseoir ?</i>
8	Déplacements à l'intérieur du logement ou de l'institution	<i>La personne peut-elle se déplacer à l'intérieur, éventuellement aidée par une canne, un déambulateur ou un fauteuil roulant ?</i>
9	Déplacements à l'extérieur	<i>La personne est-elle capable de se déplacer à l'extérieur, à partir de la porte d'entrée ?</i>
10	Communication à distance	<i>Quelle est sa capacité à utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette) ?</i>

Lorsqu'un EHPAD procède à la cotation des GIR de ses usagers, qui représente le niveau de soins dont ils ont besoin, il est possible de déterminer le niveau moyen de dépendance de l'ensemble de ses résidents et d'établir le coût nécessaire à cette prise en charge : GIR moyen Pondéré (GMP).

Le nombre de points du GMP est alors obtenu à partir de la formule suivante : « Montant des points de l'établissement ÷ Nombre de personnes âgées = GMP »

À noter que plus le niveau de dépendance des résidents est élevé, plus le GMP l'est également. Logique qui permet à l'établissement de bénéficier de moyens financiers et techniques en conséquence, nécessaires pour une prise en charge adéquat. D'où l'importance de réévaluer régulièrement (a minima une fois par an) le GIR de l'ensemble des résidents.

REUSE

Emmanuelle

Novembre 2023

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Poitou-Charentes

**SPÉCIALISER UN EHPAD DU TERRITOIRE CREUSOIS À L'ACCUEIL DE
PERSONNES VIEILLISSANTES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIQUES
SÉVÈRES**

Résumé :

L'espérance de vie des personnes atteintes de troubles psychiques sévères s'est nettement allongée ces dernières décennies. Si ces personnes peuvent ainsi bénéficier d'une meilleure qualité de vie, avec un suivi ambulatoire ou au domicile, leur devenir tend à se compliquer, dès lors que l'avancée dans l'âge et leur degré d'autonomie ne leur permet plus un maintien en milieu ordinaire.

L'analyse de l'offre existante sur le territoire Creusois montre une carence relative à la prise en charge de ces personnes, à cette étape de leur vie. Le diagnostic montre également des difficultés pour les EHPAD à accompagner ce public, du fait de sa spécificité et du taux d'encadrement qu'il nécessite.

Ce mémoire présente donc un projet de réponses à destination de ce public spécifique, et des institutions amenées à les accueillir.

Il s'agit par-là de spécialiser l'offre d'accompagnement du Logis de Valric à l'accueil de personnes vieillissantes, atteintes de troubles psychiques sévères et persistants.

Mots clés :

Handicap psychique, EHPAD, perte d'autonomie, personne âgée, dépendance, troubles psychiques sévères, spécialisation, accompagnement, accueil temporaire, habiletés sociales,

L'École des Hautes Études 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.