



EHESP

**Directeur d'Établissement sanitaire et
social public**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **décembre 2008**

**La difficile prise en charge des
personnes âgées atteintes de troubles
mentaux divers en institution.**

**L'articulation entre deux structures d'accueil du
libournais, l'une sanitaire, l'autre sociale et
médico sociale.**

Marc FERNANDES

Remerciements

Mes remerciements s'adressent tout naturellement à mon maître de stage, Monsieur Xavier LESEGRETAIN qui a accepté de m'accueillir au sein des deux structures qu'il dirige en m'octroyant une grande liberté d'action.

Je remercie également Monsieur Jean Paul LOTTERIE, directeur général du CH de Libourne de m'avoir témoigné sa confiance à l'occasion du remplacement de l'une des directrices adjointes.

Je remercie enfin l'ensemble des agents du CH de Libourne et de la maison de retraite Primerose de Coutras pour leur soutien et leur collaboration dans la conduite de mes travaux.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Des difficultés d'accueil évidentes du fait d'une prise en charge complexe	5
1.1 La psychiatrie au centre des préoccupations d'accueil et de soins de plus en plus de personnes âgées.....	5
1.1.1 La psychiatrie guide la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles mentaux.....	5
1.1.2 La dépendance constitue le fait marquant du trouble mental chez la personne âgée	11
1.1.3 La spécificité des démences : nouvelle attention des pouvoirs publics	13
1.1.4 Les démences cependant, ne résument pas toutes les pathologies mentales des personnes âgées.....	17
1.2 Des difficultés d'accueil patentes accentuées par le poids des responsabilités à assumer	17
1.2.1 Un manque de structures d'accueil.....	17
1.2.2 La responsabilité juridique des structures à l'égard de ce type de patient ou résident impose de lourdes contraintes juridiques au personnel.	19
1.2.3 L'usure comme conséquence	22
2 Une enquête sur sites pour apprécier le degré d'attractivité et d'implication de professionnels pour une prise en charge particulière	23
2.1 L'évolution des perceptions des troubles mentaux chez le sujet âgé par de futurs professionnels du soin à trois étapes clés de leur formation	23
2.1.1 Une perception du patient/résident âgé qui évolue au fil de la formation	24
2.1.2 Vers un progressif désir de formation	26
2.2 De l'école à la pratique quotidienne	27
2.2.1 Des IDE qui affirment leurs réticences.....	28
2.2.2 Des IDE qu'il sera difficile de convaincre	29
2.3 Les troubles mentaux du point de vue d'établissements les « traitant » au quotidien	29
2.3.1 L'EHPAD de Coutras	29
2.3.2 Une structure d'accueil psychogériatrique pour un regard en principe plus informé sur les troubles mentaux	34

3	Rendre efficiente une prise en charge clairement articulée	41
3.1	Des considérations autant objectives que subjectives	41
3.1.1	Perceptions et discriminations	41
3.1.2	La conséquence d'un personnel en souffrance confirmée par une enquête de grande ampleur : l'étude PRESST	45
3.1.3	Vers un cadre spécifiquement adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées	46
3.2	Réussir la coordination entre diverses structures pour articuler au mieux l'offre ..	47
3.2.1	Des dispositifs adaptés.....	47
3.2.2	La nécessaire coordination au bénéfice d'une prise en charge de qualité	49
3.2.3	Une coordination prémisse à la mise en place de réformes volontaristes.....	50
3.3	L'action sur les mentalités et la réputation.....	53
3.3.1	L'importance d'un grand nombre d'acteurs à impliquer.....	53
3.3.2	Des conditions du changement de mentalité réunies dans le secteur sanitaire et médico social	54
3.3.3	Veiller à la bonne réputation des deux établissements	55
	Conclusion.....	57
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADEHPA/AD-PA	Association des directeurs au service des personnes âgées
AMP	Association mondiale de la psychiatrie
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
APM	Agence de presse médicale
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide soignant (e)
ASH	Agent de service hospitalier
BMJ	British medical journal
CAP Lib	Centre d'accueil psychiatrique de Libourne
CAPL	Commission administrative paritaire locale
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCOMS	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
CDI	Contrat à durée indéterminée
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
CMP	Centre médico psychologique
CNASA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CTE	Comité technique d'établissement
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual, 4th Edition
DU	Diplôme universitaire
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
EPH	Etablissement pour personnes handicapées
ESPAS	Etablissements sociaux de l'action locale et des professions
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FNADEPA	Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées

GPEEC	Gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier(e) diplômé (e) d'Etat
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
JORF	Journal officiel de la République française
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
Mini	Mini International Neuropsychiatric Interview
MNASM	Mission nationale d'appui en santé mentale
MR	Maison de retraite
NEXT	Nurses' early exit study
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAQUID	Personnes âgées Quid
Parmed	Parcours d'accès aux métiers de la dépendance
PDG	Président directeur général
PMT	Projet médical de territoire
PRESST	Promouvoir en Europe Santé et satisfaction des Soignants au Travail
REHPA	Projet de recherche en établissement pour personnes âgées
SMPG	Santé mentale en population générale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UNA	Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles
UNAFAM	Union nationale des amis et familles de malades psychiques
UNCPsy	Union nationale des cliniques psychiatriques
USGERES	Union de syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale
VAE	Validation des acquis de l'expérience
33 I07	Inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile en Gironde
33G16	Secteur de psychiatrie générale 16 en Gironde
33G17	Secteur de psychiatrie générale 17 en Gironde
33U99	Inter secteur de psychiatrie d'urgence, de liaison et de consultations ambulatoires

Introduction

« La santé mentale comporte trois dimensions : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants ».

Ainsi débute la présentation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Posé ce constat, il devient prégnant de considérer le champ de la santé mentale comme particulièrement étendu. Il recouvre à la fois une dimension individuelle et une dimension sociétale majeures. Les troubles mentaux ont ceci de particulier qu'une réponse uniquement sanitaire ne suffit pas. Parce qu'ils altèrent immédiatement le rapport à l'autre, ces derniers sont source d'exclusion sociale en raison de l'incapacité de l'individu malade à s'intégrer dans le groupe et par les tabous que les pathologies mentales véhiculent encore.

La vieillesse est un terrain privilégié pour nombre de troubles mentaux. L'étude REHPA¹ qui permet notamment de quantifier la prévalence des troubles psycho comportementaux et des maladies psychiatriques chroniques chez les résidents de maison de retraite confirme d'ailleurs cet état de fait. L'enquête indique ainsi que la moitié des résidents présente une démence, que 28% ont une maladie psychiatrique chronique, que 40% ont une dépression mais surtout met en exergue la forte prévalence des troubles psycho comportementaux chez les personnes institutionnalisées.

Le contexte du stage effectué du mois de novembre 2007 au mois de juin 2008 a permis une approche concrète et quotidienne de la présente étude à savoir la difficile prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles mentaux divers en institution. Le stage s'étant déroulé sur deux sites géographiques distincts - le pôle psychiatrie du CH de Libourne dit « hôpital Garderose » car situé dans le quartier excentré de Garderose à Libourne (à quatre kilomètres du principal site : Robert Boulin - Fondation Sabatié) et la maison de retraite publique Primerose à Coutras (EHPAD situé à environ 20 kilomètres) – il a été possible de prendre la mesure de l'articulation entre deux types de structures : l'une sanitaire, l'autre sociale et médico sociale au sens de la loi du 2 janvier 2002².

¹ La première enquête du projet de recherche en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Rehpa) a été initiée par le Dr Yves Rolland du CHU de Toulouse à l'automne 2007 avec pour première étape un état des lieux établi par une enquête auprès d'un réseau de 240 EHPAD, USLD et foyers logements.

² Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, article L.312-1.

Pour cela, plusieurs techniques de recherche ont été privilégiées. Une première étude exploratoire a constitué le point de départ du travail d'investigation, notamment par la participation régulière à de nombreuses instances et conseils aussi bien à Libourne qu'à Coutras : conseils de direction du CH (comprenant 11 directeurs d'hôpital et la directrice des soins), conseils d'administration, conseil exécutif, conseils et bureaux de pôle psychiatrique ou CAPL de Coutras. Des entretiens ciblés avec des spécialistes du soin et de la prise en charge (Cadres de santé, directrice des soins, IDE) ont complétés cette étude qui s'appuie par ailleurs sur une série de questionnaires distribués au printemps 2008 à divers intervenants : psychiatres, personnel de psychogériatrie, accompagnants familiaux des patients, personnel de la maison de retraite de Coutras et IDE du CH. Le dépouillement des questionnaires recoupé avec les observations retirées des entretiens et des propos tenus « in et off » lors d'instances et d'observations quotidiennes a permis d'illustrer le présent exposé. L'étude se base également sur la veille quotidienne de l'agence de presse médicale relatant notamment les diverses recherches, progrès et projets de textes légaux intéressant la santé mentale. Une recherche bibliographique et la consultation de certains sites Internet ont enfin aidé à éclairer le sujet.

Mais c'est le placement en situation de direction effective d'EHPAD (à mi temps en alternance avec le directeur de stage et sous sa responsabilité) à Coutras (80 lits) et le remplacement d'une directrice d'hôpital chargée de l'EHPAD de Libourne (Fondation Sabatié : 330 places, 250 agents) pendant 5 semaines à la demande du Directeur Général du CH de Libourne, qui ont permis l'effectivité du contact quotidien avec les équipes soignantes et hôtelières ainsi qu'avec les résidents. De cette manière, toute la mesure de la notion de dépendance, dont celle liée à des démences et autres troubles mentaux a pu être prise.

Au vu de cette expérience, le constat suivant peut être établi : les démences et troubles apparentés ainsi que des pathologies relevant normalement de soins psychiatriques s'invitent de plus en plus en EHPAD alors que l'hôpital peine à faire face à l'afflux de patients atteints de pathologies mentales. Cependant, une prise en charge de qualité n'est possible que grâce au travail de spécialistes du soin (au premier rang desquels médecins et personnel paramédical) motivés, formés, stables et en nombre suffisant afin de créer une émulation auprès de l'ensemble du personnel.

Les écueils relevés en terme d'encadrement – nomadisme du personnel diplômé, pénurie chez le personnel infirmier, crise d'attractivité de la gériatrie et de la psychiatrie sur le libournais, attraction du secteur privé ou libéral, concurrence des structures publiques de l'agglomération bordelaise – s'ajoutent à l'inquiétude inhérente à une prise en charge rendue difficile par des risques multiples redoutés ou réels (spectre de la maltraitance,

fermeture de lits en psychiatrie, stigmatisation, baisse de la qualité dans la prise en charge).

L'articulation par un décloisonnement, selon diverses modalités, du secteur sanitaire d'une part et du secteur social et médico social d'autre part se pose donc comme une nécessité à promouvoir.

Ainsi, puisque des difficultés d'accueil évidentes existent du fait d'une prise en charge complexe (1^{ère} partie), une enquête sur sites permettra d'apprécier localement le degré d'attractivité de cette dernière et l'implication des professionnels (2^{ème} partie). Des enseignements seront enfin tirés pour aider à rendre efficiente une prise en charge clairement articulée (3^{ème} partie).

1 Des difficultés d'accueil évidentes du fait d'une prise en charge complexe

1.1 La psychiatrie au centre des préoccupations d'accueil et de soins de plus en plus de personnes âgées

1.1.1 La psychiatrie guide la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles mentaux

A) La psychiatrie

Il s'agit de la spécialité médicale pratiquée par le psychiatre traitant de la maladie mentale. L'étymologie du mot *psychiatrie* provient du grec *psyché* (ψυχή), signifiant âme ou esprit, et *iatros* signifiant médecin (littéralement *médecine de l'âme*). Le terme a été introduit par Johann Christian Reil en 1808 qui d'emblée a situé cette spécialité sous le signe de traitements qui comprenaient notamment le traitement psychologique (aujourd'hui on dirait par psychothérapie). Le champ de la psychiatrie s'étend du diagnostic au traitement, en passant par la prévention des troubles mentaux. Aujourd'hui, le système de classification des troubles mentaux le plus couramment utilisé est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition (*Diagnostic and Statistical Manual, 4th Edition* ou DSM-IV), publié par l'Association américaine de psychiatrie en 1984. Ainsi, selon le DSM IV, le trouble mental est un : « Syndrome psychologique ou comportemental significatif sur le plan clinique qui survient chez un individu et qui est associé à une véritable douleur (par exemple, symptôme douloureux), à une incapacité (par exemple, détérioration d'une ou plusieurs zones importantes de fonctionnement) ou au risque accru de connaître la douleur, l'inaptitude, une perte importante de liberté ou la mort ». La discipline est connexe de la pédopsychiatrie, qui concerne les enfants, de la psychogériatrie à vocation des personnes âgées ou encore de la neuropsychiatrie.

B) Une spécialité au sein de la psychiatrie : la psychogériatrie ou gérontopsychiatrie

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Association mondiale de la psychiatrie (AMP) ont récemment publié un protocole d'accord sur la définition de la psychogériatrie. Ce protocole d'accord définit la psychogériatrie comme étant : la branche de la psychiatrie qui est une partie intégrante des soins multidisciplinaires de santé mentale fournis aux personnes âgées. Cette spécialité est souvent dénommée gérontopsychiatrie, psychiatrie de la personne âgée, psychiatrie gériatrique ou psychiatrie de l'âge avancé. Cette spécialité se caractérise par son orientation communautaire et par l'approche multidisciplinaire de l'évaluation, du diagnostic et du traitement. La psychogériatrie

s'occupe de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences, particulièrement des troubles de l'humeur et de l'anxiété, des démences, des psychoses de l'âge avancé et des toxicomanies. Pour des raisons démographiques évidentes, il s'agit d'une discipline en plein essor. Le pavillon 42, unité d'hospitalisation de moyen séjour en psychogériatrie du CH de Libourne, site de Garderose a fait l'objet d'une étude spécifique sous la forme d'observations, d'entretiens et de questionnaires dont les conclusions seront abordées au cours de l'exposé.

C) Les psychiatres se réfèrent explicitement à deux modèles principaux

Il n'est pas inutile de rappeler que toute organisation des soins, toute procédure thérapeutique, toute recherche et toute politique de santé mentale se réfère obligatoirement à un modèle - explicite ou implicite - de la maladie mentale découlant essentiellement de travaux de recherche dans le domaine de la neurobiologie, de la pharmacologie et de la psychométrie.

a) *Le modèle biologique*

La maladie résulte d'une perturbation ou d'une anomalie de l'appareil neurobiologique ; elle est interne au patient, enclose en lui. La relation au malade n'a qu'un caractère contingent, accessoire (encouragement, soutien, facilitation de l'adhésion au traitement). Comme dans le cas d'une affection somatique, le discours du malade, son comportement n'ont ni sens ni intérêt pour le médecin.

b) *Le modèle psychologique*

La maladie résulte d'un trouble de l'appareil psychique. L'organisation et le fonctionnement de celui-ci sont indissociables de la relation du sujet au monde et à autrui. Cette relation fonde donc l'essentiel du traitement, en même temps que le comportement et le discours du malade, expression de sa relation au réel et aux autres. Les structures accueillant le malade ont pour objectif une remise en sens de ce qui se déroule dans le cadre thérapeutique entre soignants et patient pour lui permettre de restaurer (ou d'instaurer) une relation supportable avec son monde intérieur et le monde extérieur. Bien entendu, pour certaines de ces structures, l'aspect éducatif n'est pas totalement absent.

c) *Le modèle sociogénétique*

Le modèle sociogénétique qui a connu quelque vogue il y a une vingtaine d'années, est pratiquement en désuétude. La maladie exprime les contradictions, les incohérences et les contraintes de la société. La dimension personnelle - historique et actuelle - est évacuée. Le traitement est représenté par la transformation de la réalité et de l'organisation sociale.

d) *Les deux modèles - biologique et psychologique - coexistent depuis fort longtemps, avec des fortunes diverses.*

La force du *modèle biologique* est étroitement liée aux progrès de la biologie. La découverte de l'infection syphilitique à l'origine d'une maladie mentale fréquente - la paralysie générale - a donné une impulsion importante à ce modèle au XIX^e siècle. L'apparition de la chimiothérapie psychotrope (psychopharmacologie) à partir de 1960, les progrès de la neuro imagerie (scanner cérébral, exploration par caméra à positron, par résonance magnétique nucléaire) ont amené le modèle biologique (connu sous le nom de « psychiatrie biologique ») au premier plan en Amérique du Nord et en Europe, à l'exception des pays francophones. Les résultats contradictoires des explorations neurochimiques et neuroanatomiques, la stagnation des progrès et des résultats de la psychopharmacologie conduisent actuellement à une amodiation du modèle prenant en compte les aspects psychologiques du fonctionnement mental, généralement sous l'angle comportementaliste et cognitiviste. Il faut également souligner que les équipes ayant en charge au long cours les patients lourds, à travers un dispositif extra hospitalier ne peuvent en rester à des schémas médicamenteux et sont amenées à travailler avec les patients au plan relationnel même si leur modèle de référence est au départ strictement biologique. Dans les pays où ce modèle reste dominant, la psychiatrie n'est pas organisée en un dispositif cohérent et intégré. Les malades sont accueillis dans des structures sans lien les unes avec les autres : services pour malades aigus, hôpitaux de décharge pour malades chroniques. Cette situation est au moins en partie liée au modèle biologique exclusif.

Le modèle psychologique ou psychodynamique qui a connu le développement que l'on sait avec la psychanalyse, a sensiblement évolué depuis trois ou quatre décennies. D'une part, il s'est diversifié, intégrant des modèles issus des théories de la communication (théorie systémique), de la phénoménologie (analyse existentielle), des théories de la connaissance (modèle cognitiviste) etc. D'autre part, il s'est généralisé s'étendant aux psychoses, c'est-à-dire aux troubles mettant en jeu l'identité et l'unité du sujet et sa relation à la réalité matérielle et relationnelle familiale et sociale. Ce modèle a pris en compte l'organisation et le fonctionnement des institutions de soins elles-mêmes (psychothérapie institutionnelle). Enfin, il a intégré la dimension neurobiologique.

Ce modèle, ou plutôt les modèles de ce type, restent très majoritaires en France, où ils font le consensus des services assurant la sectorisation. Cette caractéristique, qui est à porter au crédit de la psychiatrie française, n'est pas surprenante : la circulaire du 15 mars 1960 qui a défini et initié la politique de secteur était référée implicitement au modèle psychologique (bien qu'elle n'exclut nullement les aspects biologiques de la maladie et du traitement). Toutefois ce modèle est actuellement attaqué de manière masquée, la politique de restriction financière tendant à promouvoir implicitement le modèle biologique moins coûteux à court terme ; ce que dénoncent quelques associations adeptes du modèle psychologique.

D) La psychiatrie française s'organise en secteurs depuis la circulaire n° 310 du 15 mars 1960

a) *La notion de secteurs*

Les structures, définissant la politique de secteur et définies par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, ont été le résultat d'une remise en cause idéologique du système hospitalier traditionnel et arbitraire (asilaire), basé sur l'isolement du malade mental dans un système d'internement qui l'éloignait d'un cadre de vie qui lui était soi-disant nocif. La notion de secteur qui, à son origine, n'était pas spécifique à la psychiatrie - bien que ce soit dans ce domaine qu'elle ait été la plus élaborée sur le plan théorique - s'est imposée à la politique nationale de la santé dès les débuts des années 50, en application des ordonnances de 1945, et fut effectivement instituée par la circulaire du 15 mars 1960, qui a posé le principe d'une action sanitaire « hors les murs ». Le secteur constitue la base du service public destiné à la demande de soins de la population qui y réside. C'est donc, tout d'abord, une aire géographique tenant compte des conditions démographiques à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin. Ceux-ci sont soit des consultants externes, soit des hospitalisés dans les hôpitaux généraux ou dans les hôpitaux psychiatriques, ou dans les hospices, ou dans tous les autres établissements (Circulaire n°431 du 14 Mars 1972). La sectorisation visait à une meilleure coordination et planification des activités diversifiées de prévention médico-sociale. Elle venait à la rencontre d'une volonté de réforme du système psychiatrique chez bon nombre de psychiatres comme Daumezon, Bonnafe, Mignot, Bouquerel ou Koechlin dont la réflexion a permis de définir un itinéraire thérapeutique cohérent et intégré dans la société, comprenant : la prévention, le dépistage, la pré cure, l'hospitalisation, la post-cure et la réadaptation.

L'organisation de la politique sectorielle s'articule donc selon un double objectif :

- « Eviter la désadaptation qui entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel » (Circulaire n° 431 du 14 mars 1972, page 32).
- « Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec des plus grandes chances de succès et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récurrences » (Circulaire du 15 mars 1960, chapitre III – page 9), ce qui est convenu d'appeler la prévention, les soins ambulatoires et la post-cure.

Cette politique sectorielle, « à double polarité » structurée dans un schéma intra et extrahospitalier, ouverte sur la cité, intégrée dans la communauté, privilégiant les traitements ambulatoires et le maintien des malades dans le tissu social normal (tout en

n'excluant pas l'hospitalisation du patient quand elle est nécessaire) est entrée dans sa phase de développement effectif à partir de 1972.

Sa mise en application, basée sur la circulaire de 1960 et précisée par les textes de 1972 et 1974 (textes relatifs au programme d'organisation et d'équipement des départements, à leur règlement et à la définition et structure de l'équipe médico-sociale pluridisciplinaire de secteur) s'est énormément diversifiée au fil des années. Ceci tout d'abord pour lui permettre de répondre aux besoins souvent très différents de la clientèle psychiatrique et puis en fonction d'un certain nombre de paramètres qui tiennent :

- à l'étendue du secteur géographique d'intervention,
- à la concentration ou la dispersion de la population,
- à l'équipement sanitaire du département,
- au marché et aux conditions de travail,
- au panorama social, économique et socioculturel de la région.

L'évolution du développement des structures et les modalités de fonctionnement des équipes de secteur ont ainsi atteint des stades et des rythmes divers selon les départements et les secteurs eux-mêmes.

b) Moyens logistiques d'intervention :

L'organisation des moyens d'intervention comporte des structures de prévention et de soins :

- Ambulatoires : les dispensaires d'hygiène mentale, les Centres de Santé mentale (CMP ; CAP Lib pour Libourne), l'intervention à domicile et le placement familial thérapeutique.
- Des structures alternatives à l'hospitalisation qui ont pour objectif la réinsertion sociale et la réhabilitation :
 - les centres de post-cure,
 - les appartements thérapeutiques,
 - les clubs thérapeutiques extra-hospitaliers,
 - les centres de jour.
- Des services d'hospitalisation psychiatrique à séjour continu ou partiel.

L'organisation technique de ces moyens d'intervention n'a fait l'objet d'une réglementation spécifique que depuis le décret n° 86.602 du 14 mars 1986. Jusqu'alors, seules les circulaires de 1960, et surtout celle de 1974, avaient défini l'esprit dans lequel devait être organisé et développé le dispositif extrahospitalier, mettant l'accent sur deux points essentiels :

- l'autonomie et la souplesse d'intervention et d'orientation dont doit pouvoir bénéficier l'équipe médico-sociale,
- la possibilité de choix entre les différents moyens logistiques d'intervention.

Ces circulaires recommandaient en outre que soient menées des expériences variées, afin de mieux définir les structures adaptées aux besoins des divers types sectoriels : urbains, ruraux ou mixtes. Ce fut donc souvent, par des initiatives personnelles des équipes de secteurs que ces moyens logistiques d'intervention se sont développés et adaptés. Le décret du 14 mars 1986 est venu préciser l'organisation technique, la nature et la responsabilité des établissements de soins assurant le service public hospitalier, en les différenciant selon qu'ils comportent ou non des possibilités d'hébergement.

c) Services ne comportant pas de possibilités d'hébergement :

- Les Centres médico-psychologiques sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils peuvent comporter des antennes (CAP Lib pour le CH de Libourne) auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique.
- Les Centres d'accueil permanents sont des centres médico-psychologiques habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts vingt quatre heures sur vingt quatre, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante huit heures.
- Les hôpitaux de jour assurent des soins polyvalents individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel.
- Les ateliers thérapeutiques utilisent des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.
- Les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe.
- Les Services d'hospitalisation à domicile organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées, s'il y a lieu, à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient.

d) Services comportant des possibilités d'hébergement :

- des unités d'hospitalisation à temps complet,

- des centres de crise et d'accueil permanents comportant quelques lits pour assurer des prises en charge intensives et répondre aux situations d'urgence,
- des hôpitaux de nuit avec surveillance médicale,
- des appartements thérapeutiques à visée de réinsertion sociale, fonctionnant pour des durées limitées et nécessitant une présence partielle sinon continue du personnel soignant,
- des centres de post-cure : unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome,
- des placements familiaux thérapeutiques qui organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

La circulaire du 14 mars 1990 conforte la politique de secteur et définit des axes prioritaires :

- prise en charge des adolescents,
- prise en charge des personnes âgées,
- optimisation des moyens (structures intersectorielles, coopération accrue).

Le dispositif psychiatrique libournais, dont le CH de Libourne est l'établissement public de santé pivot, dessert le nord-est de la Gironde comprenant 14 cantons (194 communes) pour une population de 205 000 habitants. Le dispositif comprend l'inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile 33 I07, le secteur de psychiatrie générale 33G16, le secteur de psychiatrie générale 33G17 et l'inter secteur de psychiatrie d'urgence, de liaison et de consultations ambulatoires 33U99.

1.1.2 La dépendance constitue le fait marquant du trouble mental chez la personne âgée

Il est à noter que la maladie ou le trouble d'origine « cérébrale » est qualifié en France de handicap jusqu'à 60 ans avant d'investir le champ de la dépendance après cet âge³. Il se manifeste sous forme de crise. Nous utiliserons donc le terme dépendance pour la suite de l'exposé du fait du public visé.

³ C'est notamment la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui permet d'opérer cette distinction.

A) Dépendance mentale et dépendance psychique

L'usage, en France, réserve le terme de « dépendance mentale » aux dépendances résultant de la déficience intellectuelle. Pour désigner les dépendances résultant de déficiences des fonctions psychiques, les associations de patients en psychiatrie et de familles de malades proposent le terme de « dépendance psychique ». Les associations de familles de traumatisés crâniens préfèrent les termes de « déficiences des fonctions supérieures » pour désigner les déficiences psychiques et cognitives d'origine neurologique résultant d'un traumatisme crânien. Ces distinctions, si elles sont discutables sur le plan sémantique, ont pour avantage de désigner des formes de dépendance très méconnues, de « faire exister une population », comme il se dit à l'UNAFAM. Dans cet exposé, nous utiliserons comme équivalents les termes de troubles mentaux et troubles psychiques ou psychiatriques.

Il faut cependant insister sur le fait qu'il n'est pas de frontière entre « dépendance mentale » et « dépendance psychique » : les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles et les apprentissages ; la déficience intellectuelle étant assez fréquemment associée à des troubles psychiques, soit en raison de la pathologie d'origine, soit en raison de la souffrance psychique qu'elle entraîne. Il n'y a pas non plus de frontière entre dépendance psychique et dépendance physique : les troubles psychiques, comme l'anxiété et la dépression, peuvent constituer des facteurs de sur dépendance pour des personnes dépendantes. Il n'est pas rare que les personnes dépendantes psychiques soient également dépendantes physiques, à la suite d'accidents notamment.

B) Une prise en charge guidée par les pouvoirs publics

a) *Les orientations du SROS 3⁴*

Plusieurs groupes de personnes âgées sont distingués : celles qui vivent en institutions sociales ou à domicile, les personnes vieillissantes hospitalisées en psychiatrie et enfin, des personnes âgées présentant des troubles du comportement et/ou cognitif. De ce fait, le SROS contient des mesures visant à :

- offrir des conditions d'hospitalisation en psychiatrie adaptées aux personnes âgées en développant notamment des unités spécifiques de géro-psi-chiatrie,
- développer l'évaluation géro-ntologique globale.

⁴ Schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération initié par la circulaire n° 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de 3^e génération

Par ailleurs, la dépression des personnes âgées, les tentatives de suicide et la maltraitance participent également de la problématique des troubles mentaux induits. A ce titre, le travail avec les généralistes, premier relais, est considéré comme prioritaire.

b) L'importance croissante de l'hospitalisation des personnes âgées atteintes de troubles mentaux malgré des limites thérapeutiques avouées

Le Docteur Chartres, psychiatre du CHS de Cadillac en Gironde (33), fort de la création d'une unité intersectorielle au centre hospitalier de Cadillac rappelait en 2003, à l'occasion d'un rapport sur l'organisation de la psychiatrie au centre hospitalier Charles Perrens (conclusions de la Mission nationale d'appui en santé mentale en mai 2003), que « les troubles mentaux constituent une des causes principales d'hospitalisation des personnes âgées, après les troubles cardio-vasculaires mais à égalité avec les pathologies rhumatismales. Les centres de gérontologie comptent 13% de patients déprimés et 6% de malades déments. D'ailleurs, les pathologies organiques et psychiques associées plaident pour cette unité des lieux de soins » affirmait-il il y a cinq ans.

c) La seule ambition avouée : la stabilité

L'institution gériatrique s'avère incontournable. Ni les services médicaux placés devant l'impossibilité de laisser des patients rentrer chez eux, ni les familles repoussant l'idée d'héberger leur parent, ni les premiers intéressés qui n'ont pas d'autre alternative à un certain stade de dépendance ne peuvent s'en passer. Malgré les avantages que ses patients doivent en attendre – la réponse à leurs besoins élémentaires, le maintien d'une vie la plus riche possible, la proximité des soignants – l'institution gériatrique offre seulement l'espoir de fixer la régression de quelqu'un au point où elle était à son entrée. Les patients et l'équipe sont ainsi supposés consacrer toute leur énergie à ce que la situation se maintienne en l'état, dans la crainte partagée de l'aggravation et de la rupture. Même si l'ambition de l'institution est d'offrir à ses patients des services de qualité, son maître mot reste la stabilité ; une stabilité défensive visant à contenir la crainte du pire.

1.1.3 La spécificité des démences : nouvelle attention des pouvoirs publics

Dans la dixième version de sa classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), l'OMS (1994) définit la démence comme « une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Cette altération doit être apparue depuis au moins six mois et être associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : le langage, le calcul, le jugement, la pensée abstraite, les praxies, les gnosies, ou la modification de la personnalité ». On peut l'associer à diverses maladies, comme la maladie d'Alzheimer, la chorée de Huntington, la maladie de Pick et la maladie de Parkinson.

A) Une population locale fortement touchée

Le schéma gérontologique de la Gironde souligne l'importance de ce type de dépendance. En effet, les données recueillies chez les personnes vivant en Gironde (mois de décembre 2002) permettent d'estimer que plus de 16 000 personnes de 75 ans ou plus souffrent de démence. La majorité d'entre elles seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer, soit environ 13 000 Girondins âgés. Du seul fait de l'évolution démographique prévue pour les années à venir, le nombre de personnes dépendantes devrait augmenter fortement au cours des prochaines années. Ainsi, si le pourcentage de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans l'ensemble de la population âgée devait rester constant, cette pathologie pourrait concerner environ 20 500 Girondins de 75 ans ou plus dans une vingtaine d'années.

B) Une espérance de vie compromise chez les personnes atteintes

Une étude britannique parue dans le *British Medical Journal* (BMJ)⁵ suggère qu'au niveau de la planète, les démences apparaissent comme l'une des dernières étapes avant la mort. L'espérance de vie s'allonge au niveau mondial mais en même temps, le risque de démence augmente, avec des coûts élevés pour la société et les systèmes de santé. L'une des questions qui se pose pour les professionnels de santé et les pouvoirs publics est de savoir quel est l'impact de la démence sur l'espérance de vie, question à laquelle se sont attelée Jing Xie de l'université de Cambridge et ses collègues de la Medical Research Council Cognitive Function. Entre 1991 et 2003, 438 cas incidents de démence ont été diagnostiqués, survenant à l'âge de 84 ans en médiane. En décembre 2005, 356 d'entre eux (81%) étaient décédés. La survie médiane à partir du moment où la démence survient a été estimée à 4,1 ans pour les femmes et 4,6 ans pour les hommes. Cependant, la survie varie de manière importante selon l'âge de survenue de la maladie : elle est de 10,7 ans lorsque la démence se déclare entre 65 et 69 ans, elle baisse de moitié (5,4 ans) quand elle survient entre 70 et 79 ans et n'est plus que de 3,8 ans après 90 ans. L'analyse des données indique aussi que le risque de décès est augmenté pour les hommes atteints de démence de 40% par rapport aux femmes malades.

C) Une forme de démence qui fait l'objet d'une attention particulière : la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est due à la dégénérescence de neurones qui interviennent dans la mémoire et les fonctions intellectuelles. Cette maladie incurable progresse le plus souvent vers la démence, c'est à dire une déchéance physique et mentale associée à une perte de l'autonomie.

⁵ Dépêche APM du 11/01/2008 reprenant un article de l'édition accélérée en ligne du *British Medical Journal*.

a) *Un plan ambitieux découlant de besoins croissants : le plan Alzheimer*

Le plan Alzheimer prévoit de créer ou d'identifier 30.000 places dans des unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux au sein des EHPAD. Conformément au rapport de préparation du plan Alzheimer⁶ (rapport Ménard), le plan prévoit de généraliser la création d'unités spécifiques, l'objectif étant de renforcer 18.000 places existantes et de créer 12.000 places supplémentaires.

Deux types d'unités seront mises en place selon le niveau de troubles du comportement des patients. Pour les résidents ayant des troubles modérés, il s'agira d'unités de soins et d'activités adaptées qui proposeront pendant la journée « des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation » Il s'agira par exemple d'activités physiques, d'activités sensorielles, de prises en charge spécifiques des troubles du comportement. Le plan évoque également la rééducation de l'orientation, des groupes de validation cognitive, des démarches comportementales et d'une façon plus générale des traitements psychosociaux.

Ces unités seront animées par des professionnels spécifiquement formés, pour lesquels le plan prévoit de créer la fonction « d'assistant en gérontologie ». Des psychomotriciens, des ergothérapeutes, des orthophonistes et des psychiatres pourront également intervenir. Pour les résidents ayant des troubles très importants du comportement, des structures renforcées seront développées « sous forme de petites unités accueillant nuit et jour une douzaine de personnes ». Ce seront à la fois des lieux d'hébergement et des lieux d'activité, qui répondront à « tous les critères d'une unité de soins et d'activités adaptée ».

Pour adapter ces unités « dans leur aménagement, voire leur architecture », à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le plan prévoit de lancer un « important » programme d'investissement, subventionné par les crédits de modernisation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Ce programme, doté notamment de 180 millions d'euros de crédits d'investissement de la CNSA sur 2008, devrait permettre « d'éviter que les aménagements entrepris pour les unités spécifiques Alzheimer ne pèsent trop lourdement sur le prix de l'hébergement payé par les patients et leurs familles ». En 2008, il est prévu d'adapter ou de construire 15.000 places. Un « prix d'architecture Alzheimer » sera par ailleurs créé afin de récompenser les EHPAD les plus innovants.

⁶ Rapport au Président de la République remis le 8 novembre 2007. Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées présidée par monsieur le professeur Menard

Conformément au rapport Ménard, le plan prévoit l'individualisation au sein des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) d'unités cognitivo-comportementales de 10 ou 12 lits ; mesure qui impose le renforcement en personnels de ces unités, notamment « l'intervention dans ces unités de personnels spécifiques (psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, assistante de gérontologie,...) et l'accès à du temps de psychiatre », précise le plan.

Par ailleurs, « l'objectif est de lever les obstacles réglementaires afin de permettre l'accueil dans la structure la mieux appropriée à la situation individuelle, que ce soit un EHPAD ou une maison d'accueil spécialisé (MAS), dont le projet d'établissement devra comporter un volet spécifique pour leur accueil », ajoute-t-il.

b) Typologie des établissements d'accueil spécialisé

La prise en charge est d'ores et déjà protocolisée par de nombreux établissements dès lors qu'une unité spécifique existe. L'intérêt suscité par cette maladie conduit petit à petit à construire une typologie des unités d'accueil. En effet, quatre grands types d'unités spécifiques à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer semblent exister dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), selon une enquête de la Fondation Médéric Alzheimer⁷.

Ces données constituent le second volet d'une enquête conduite par la fondation en 2007 auprès des EHPAD disposant d'une unité spécifique Alzheimer et sont publiées dans l'édition d'avril 2008 de *La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*. Dans le cadre de cette enquête, 530 EHPAD ont indiqué parmi 14 critères proposés les cinq critères qui caractérisaient le mieux leurs unités spécifiques Alzheimer et à partir de ces réponses, une analyse multi variée a permis de dresser quatre grands groupes d'unités. Ces données vont fournir des pistes « pour une typologie » de ces unités dans le cadre de la mesure 16 du troisième plan Alzheimer, qui prévoit de créer ou identifier, au sein des EHPAD des unités adaptées aux patients présentant des troubles comportementaux. Dans ce but, un important programme d'investissement subventionné par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été lancé. L'enquête montre que, globalement, les cinq critères les plus fréquemment choisis par les EHPAD pour caractériser leurs unités spécifiques Alzheimer sont un environnement sécurisé (65%), un personnel formé (60%), la liberté d'aller et venir pour les résidents (57%), un accueil assuré jusqu'à la fin de vie (56%) et un projet de soins spécifique et individualisé (54%).

⁷ La revue francophone de gériatrie et de gérontologie, mai 2006, tome XIII, n° 125, pages 240 à 243.

Le premier type d'unités spécifiques cherche à « concilier sécurité et liberté » avec, comme critères principaux, l'environnement sécurisé, la liberté d'aller et venir ainsi qu'une place privilégiée aux familles et un accès organisé à un avis psychiatrique, ce qui laisse penser que les troubles du comportement constituent une des difficultés auxquelles ces unités ont à faire face.

Le deuxième groupe privilégie la médicalisation de la prise en charge, le projet de soins spécifiques et individualisé arrivant en tête des critères retenus, suivi par la place accordée aux familles, une population cible homogène et un suivi thérapeutique protocolisé.

Les unités du troisième profil donnent la priorité aux aspects psycho relationnels, avec un personnel formé, la liberté d'adapter les horaires aux habitudes de vie des résidents, un environnement architectural adapté et une stimulation cognitive régulière adaptée aux déficits.

Enfin, les EHPAD du dernier groupe ont préféré développer l'accueil jusqu'à la fin de vie et une procédure d'accompagnement de fin de vie ainsi que la concertation entre médecin coordinateur et médecin traitant.

1.1.4 Les démences cependant, ne résument pas toutes les pathologies mentales des personnes âgées

Ces dernières comprennent également celles des malades mentaux âgés, celle des troubles mentaux et de la souffrance psychique liée au vieillissement, la co-morbidité handicap santé mentale ou l'association poly-pathologique due à l'âge, le tout survenant dans un contexte de désavantage physique, sensoriel, fonctionnel, et souvent financier, familial et social. Sur ce dernier point, les résultats de l'enquête menée à Garderose développés en seconde partie du présent mémoire peuvent en témoigner : en se gardant de conclusions hâtives, il est constaté que les accompagnants familiaux apparaissent extraordinairement absents lorsqu'il s'agit de conduire ou visiter leurs proches en psychogériatrie.

1.2 Des difficultés d'accueil patentes accentuées par le poids des responsabilités à assumer

1.2.1 Un manque de structures d'accueil

Dans un passé récent, on estimait que plus de 70 % des personnes atteintes de troubles psychiques de tous âges étaient suivies en ville et n'allaient jamais à l'hôpital.⁸ En outre, selon certains psychiatres, le problème résiderait dans le fait que la politique de

⁸ Journal La croix du 25/10/2004

sectorisation a entraîné la fermeture d'un grand nombre de lits hospitaliers, sans que les structures alternatives destinées à les remplacer soient développées en nombre suffisant⁹. Le Docteur Serge Kannas, nouveau coordonnateur de la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM)¹⁰, reconduite pour trois ans - qui a reçu notamment pour mission d'étudier les moyens de parvenir à une meilleure articulation entre les acteurs sanitaires de la psychiatrie et ceux des secteurs sociaux et médico-sociaux - estime pour sa part « qu'entre un tiers et un quart des patients hospitalisés en psychiatrie restaient hospitalisés, faute d'avoir trouvé une structure adaptée à leur prise en charge »¹¹. Il considère par ailleurs que « Certains patients au long cours de psychiatrie, dont la pathologie est stabilisée, peuvent être accueillis dans des structures médico-sociales », comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) ou « des hébergements individuels ou collectifs supervisés par des équipes mobiles de psychiatrie ». Il suggère enfin un état des lieux des besoins sociaux en psychiatrie car malgré de bons partenariats dans certaines régions, il manque une programmation coordonnée au niveau national pour l'offre sanitaire et médico-sociale en psychiatrie.

A) La psychiatrie, spécialité en marge des réformes hospitalières

Dans son rapport rendu public mi avril 2008, la commission Larcher sur les missions de l'hôpital n'a pas traité la psychiatrie¹² qui « nécessitera des études complémentaires ». Le ministère de la santé avait annoncé au même moment la préparation d'une mission spécifique sur la psychiatrie. Après la présentation du rapport Larcher, plusieurs acteurs de la psychiatrie ont indiqué attendre une réflexion spécifique à leur discipline, dont l'Union nationale des cliniques psychiatriques (UNCPsy) qui a demandé aux pouvoirs publics d'inclure la psychiatrie dans la réflexion actuelle sur l'offre hospitalière et de ne pas créer une nouvelle mission spécifique sur ce sujet.

B) La dimension relationnelle d'un travail parfois décrié

Parmi les aspects les moins valorisants du travail en psychiatrie, il peut être cité la contribution au maintien de l'ordre social, équivalent d'une emprise et d'un contrôle sur

⁹ Dépêche APM du 28 février 2008

¹⁰ La MNASM est placée sous la quadruple responsabilité de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), de la Direction générale de la santé (DGS), de la Direction générale de l'action sociale (DGAS), et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ses "missions historiques" sont la médiation et "l'aide au dénouement de situations de crise dans le domaine de la psychiatrie" au niveau local, "l'expertise à la planification hospitalière", ou encore la diffusion auprès de professionnels de santé d'informations sur les dispositifs, notamment innovants, en santé mentale.

¹¹ Dépêche APM du 28/02/2008

¹² Dépêche APM Reuters du 30/04/2008

l'individu, bien au-delà de ce qu'un traitement spécialisé peut et doit offrir. La dimension relationnelle revêt dès lors une importance considérable.

Le psychiatre Paul Balvet (1907-2001) disait qu'en psychiatrie, ce n'est pas seulement le patient qui est malade mais la relation médecin patient. Pour comprendre pleinement cette formule, il faut ajouter que la relation change les deux personnes en présence parce qu'elle repose sur un échange à la fois symbolique (verbal ou non) et émotionnel. De plus, le psychiatre doit autant tenir compte de ce qui ne se partage pas, sans y voir nécessairement un échec de la rencontre. Le premier enjeu de la relation est en effet la découverte et le respect de l'altérité, c'est-à-dire de l'expérience d'exister en tant que personne pour quelqu'un possédant sa singularité et son intériorité propre.

1.2.2 La responsabilité juridique des structures à l'égard de ce type de patient ou résident impose de lourdes contraintes juridiques au personnel.

Le patient d'un hôpital ou le résident d'un EHPAD a fortiori dépendant du fait de son état psychique impose des contraintes organisationnelles lourdes à l'ensemble du personnel administratif et soignant afin d'éviter une désorganisation du service conduisant à la mise en cause de la responsabilité de professionnels de l'institution.

A) La surveillance des patients et résidents

a) *Une surveillance adaptée*

En cas de fugue ou d'accident concernant une personne soignée ou hébergée en établissement sanitaire, social ou médico-social, avant de retenir la responsabilité de l'établissement, les juges recherchent la prévisibilité du risque et contrôlent la réalité d'une surveillance adaptée à l'état de la personne.

b) *Un risque à anticiper*

Le risque de fugue doit être apprécié dès l'entrée de la personne dans la structure. Le médecin pourra prévoir des mesures particulières : maintien dans la chambre, mesures de surveillance rapprochée. Il s'agit là d'un délicat équilibre à réaliser entre l'obligation de sécurité et la garantie de la liberté d'aller et venir.

La liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un droit inaliénable », ont rappelé d'emblée les membres de la conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de sécurité », qui s'est tenue à Paris en novembre 2004¹³. Cette obligation « éthique » a

¹³ La conférence de consensus sur le thème « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité » s'est tenue les 24 et 25 novembre 2004 à l'initiative de la Fédération hospitalière de France et de l'ANAES (aujourd'hui Haute Autorité de santé (HAS)). Les recommandations du jury, labellisées par la HAS, les contri-

Marc FERNANDES - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2008

d'ailleurs constitué l'un des fils rouges du congrès de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA), qui s'est déroulé à Saint-Malo en juin 2004. Comment, en effet, concilier la liberté de mouvement d'une personne avec l'obligation de surveillance et la prévention de tout risque d'accident de fugue ou de suicide ? S'il apparaît fondamental de faire prévaloir les droits du patient sur les contraintes liées à sa pathologie, la mise en cause pénale de plus en plus fréquente de directeurs d'établissement et l'indemnisation civile, à la suite d'un défaut de surveillance, suscitent l'inquiétude. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale dispose dans son article 4-II : « L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité [...] » (art.L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles). Mais, aujourd'hui, les juridictions pénales se montrent de plus en plus sévères en matière de défaillance de l'obligation de surveillance. En effet, si la notion d'auteur indirect n'existe pas en droit pénal, le juge pénal recherche, lorsqu'un préjudice a été constaté, la nature du délit ainsi que son ou ses auteurs, tandis que le juge civil se prononce sur la seule indemnisation.

B) Les obligations de l'établissement : concilier sécurité et liberté

a) *Une faute simple entraîne la responsabilité*

Si la faute simple suffit pour condamner un établissement, au titre le plus souvent de la faute d'organisation du service, un lien de causalité direct entre le défaut de surveillance et le préjudice subi sera toutefois systématiquement recherché par les juges.

b) *Surveillance et prévisibilité du comportement*

Lorsque le lien de causalité est établi entre la conduite éventuellement litigieuse de l'établissement et le préjudice de la victime, les tribunaux apprécient les circonstances de la fugue ou de l'accident du résident en fonction de son état de santé, et donc de la prévisibilité de son comportement. C'est ce qu'a rappelé la Cour de cassation dans un arrêt du 13 octobre 1999 (n° 97-16216). Le dernier élément constitutif de la faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement réside dans la prévisibilité de l'événement grave notamment pour un service spécialisé en psychiatrie. C'est ainsi que la cour administrative d'appel de Marseille a condamné, le 6 avril 2006 (n° 04MA00972), le centre hospitalier de Montpellier à verser à Mlle X la somme de 30 000 euros car il appartient au centre hospitalier, « eu égard à son caractère spécialisé [...] de prendre les

butions des experts, ainsi que les synthèses bibliographiques ont été publiées aux Editions de l'ENSP en 2006.

mesures de surveillance particulières à l'égard des patients pouvant raisonnablement être suspectés de tendances suicidaires », a conclu la cour.

C) Etat de vulnérabilité

S'agissant de personnes âgées, mineures ou malades, la condamnation éventuelle prendra en considération l'état de vulnérabilité de la victime. L'article 221-6 du Code pénal précise en effet : « Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende. » De plus, selon l'article 223-3 du même code, « le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende ». Cette aggravation de la peine du fait d'un délit commis par une personne ayant autorité sur une personne fragile vaut pour l'excès de liberté ; tout comme pour un enfermement qui peut être assimilé à une séquestration.

D) Condamnation pour les dommages commis à un tiers

a) *L'établissement, « gardien » du résident*

L'article 1384, alinéa 1, du Code civil dispose que l'on « est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde ». Par ailleurs, en tant que gardien de la personne, l'établissement est tenu de saisir le procureur de la République de tout acte répréhensible. Pour exemple, un directeur de maison de retraite a été poursuivi pour non-dénonciation de harcèlement sexuel. En l'espèce, le cahier de liaison du personnel soignant mentionnait le comportement « empressé » d'un résident atteint de la maladie d'Alzheimer envers une résidente souffrant de la même maladie. Les équipes de cet établissement se montraient très vigilantes pour éviter tout débordement, mais, à l'occasion d'une plainte déposée contre la direction pour un tout autre motif, un cas de discrimination syndicale, le cahier de liaison a été saisi par les policiers et transmis au procureur de la République. Ce fut alors l'escalade judiciaire.

b) *Réparation des dommages*

Un établissement peut également être condamné civilement à réparer les dommages survenus du fait d'un défaut de surveillance. Pour exemple, à la suite de violences entre

des résidents d'une maison de retraite ayant entraîné le décès de l'un d'eux, le Conseil d'Etat a décidé le 12 juin 2006 (n° 228841), que l'établissement était responsable à 80 % du décès, dans la mesure où 72 personnes âgées étaient surveillées par une seule aide-soignante.

E) Fugue et règlement intérieur

La sortie « clandestine » des patients peut être prévue dans le règlement intérieur d'un établissement sanitaire ou médico-social, comme c'est le cas au CH de Libourne. Ainsi, concernant le malade majeur : « Si les recherches dans l'établissement restent vaines et si le médecin estime que l'état du malade permet sans danger cette sortie, ce dernier est déclaré sortant. Si le médecin estime que cette sortie clandestine met en danger l'intégrité physique du malade ou compromet son état de santé, des recherches doivent être effectuées auprès de la famille, puis, si nécessaire, par la police. » Si le patient ne regagne pas le service, « un rapport sera adressé, dans les vingt-quatre heures, au directeur ou au directeur de garde », précise le règlement.

1.2.3 L'usure comme conséquence

Cette responsabilité juridique est bien souvent ressentie comme une pression supplémentaire par de nombreux professionnels, ce qui se sur ajoute aux phénomènes de démotivation et de burn out¹⁴ aboutissant dans les faits à une désaffection pour le travail au contact de personnes dites difficiles comme les déments ou psychotiques âgés.

Ainsi, si la pénurie de personnel qualifié comme les psychiatres ou les IDE en secteur psychiatrique est patente en France, elle l'est également au CH de Libourne et à l'EHPAD de Coutras comme il l'a été constaté lors de l'enquête menée tout au long du stage.

¹⁴Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out est un syndrome d'épuisement qui fait partie des risques psychosociaux professionnels, consécutif à l'exposition à un stress permanent et prolongé. Ce syndrome est nommé Burn Out Syndrome chez les anglophones et Karoshi 過労死 ou « mort par la fatigue au travail » au Japon.

2 Une enquête sur sites pour apprécier le degré d'attractivité et d'implication de professionnels pour une prise en charge particulière

Afin de mettre en perspective les recherches théoriques sur le sujet avec la réalité du terrain de stage, il a été décidé de procéder - ceci afin de compléter les observations, contacts et entretiens inhérents à tout stage en milieu professionnel - à la remise de plusieurs questionnaires à divers professionnels ou futurs professionnels de la prise en charge de personnes âgées atteintes de troubles mentaux divers. Ainsi, des élèves de l'IFSI de Libourne, les IDE et cadres de santé du CH (site Robert Boulin), le personnel de l'unité de psychogériatrie du CH (pavillon 42, site Garderose), les psychiatres du CH et le personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras ont été destinataires d'un questionnaire (tous anonymes). Les réponses à ces questionnaires dont les modèles et les tableaux de réponse figurent en annexe sont analysées ci après.

2.1 L'évolution des perceptions des troubles mentaux chez le sujet âgé par de futurs professionnels du soin à trois étapes clés de leur formation

Le questionnaire volontairement court était anonyme et destiné à apprécier l'attractivité de secteurs ou établissements accueillant des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou neurodégénératifs (comme les démences). Il a été distribué à vingt élèves de chaque année de formation sans sélection des élèves. Le taux de retour présente des disparités. Si 20 élèves ont effectivement répondu en première année (100% de taux de retour), 12 élèves de deuxième année (56%) et 18 élèves en fin de formation (90%) ont accepté de se prêter au « jeu ». Le questionnaire a été distribué progressivement au cours du mois de juin 2008 en fonction des dates de présence des élèves à l'institut (des stages sur sites ayant eu lieu durant ce mois), donc en fin d'année scolaire. Il a ainsi été rempli par un total de 50 élèves. Il faut rappeler que la scolarité menant au diplôme d'IDE dure trois ans et comprend de nombreuses périodes de stage sur site (hôpital et maison de retraite).

Les réponses à ce questionnaire retranscrites en *italique* permettent de juger de l'évolution de la perception de prises en charges des secteurs sanitaires et sociaux et médico sociaux ayant trait à la santé mentale en fonction du degré de connaissance et d'expérience des élèves de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Libourne. Les réponses à la plupart des questions posées sont répertoriées dans des tableaux placés en annexe du présent mémoire comme il le sera indiqué au cours de l'analyse.

2.1.1 Une perception du patient/résident âgé qui évolue au fil de la formation

Deux questions fermées ne laissaient que deux choix de réponses. Certains élèves ont toutefois coché les deux cases ce qui a été interprété comme des avis incertains.

A) Une appréhension volontariste du sujet âgé atteint de troubles mentaux

Est il dérangeant de travailler dans un service accueillant des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou de démences par rapport à d'autres services de l'hôpital ?

Premières année : Oui : 2 ; Non : 15 (75%) ; Incertains (doubles réponses): 3. Deuxièmes année : Oui : 2 ; Non : 10 (83,33%). Troisièmes année : Oui : 1 ; Non : 17 (94,44%). Les résultats de la première question sont éloquentes : en fonction de l'évolution du cursus de formation, il devient de moins en moins dérangeant de travailler au contact et au service de ce type de public dont de plus en plus intéressant.

B) Des bons sentiments aux véritables désirs professionnels

La 2^{ème} question « fermée » formulée différemment de la première sert également de question de contrôle. D'ailleurs, une certaine contradiction peut être relevée quant au fait, comme nous le verrons, que le contact avec des patients ou résidents atteints de pathologies mentales dérange assez peu les étudiants alors qu'ils envisagent minoritairement une affectation auprès d'eux.

Envisagez-vous d'être affecté dans un établissement ou service accueillant ce type de patient ou de résident ?

Premières année : Oui : 6 ; Non : 13 ; Incertains : 1. Alors que les jeunes élèves infirmier(e)s (après environ 10 mois de scolarité) se disent dans l'ensemble peu réticents (65%) au contact professionnel de personnes âgées atteintes de troubles relevant de la santé mentale, il s'avère que moins du tiers d'entre eux (elles) soit 30% envisage une affectation (pas obligatoirement une première affectation) au contact de ce type de personne.

Deuxièmes année : Oui (58,33%) : 7 Non : 5. Nous constatons cette fois une plus grande cohérence au regard des réponses données à la 1^{ère} question bien que 3 personnes semblent apporter 2 réponses contradictoires. Il apparaît qu'après deux années de formation les choix soient plus assurés et que les filières gériatriques ou/et psychiatriques connaissent un regain d'intérêt.

Troisièmes année : Oui : 7 ; Non : 10 (55,55%) ; Incertains : 1. Les élèves en passe d'être diplômés ne souhaitent pas majoritairement débiter ou poursuivre une carrière avec le type de public étudié bien qu'ils répondent ne pas trouver dérangeant ce type de prise en charge à une écrasante majorité à l'issue d'une formation de 3 ans que l'on peut dès lors présumer complète.

C) Des multiples désagréments aux quelques satisfactions

Trois questions ouvertes étaient destinées à identifier les désagréments et les satisfactions liés à la prise en charge traitée et d'identifier les incitations qui pousseraient ou encourageraient le personnel infirmier à s'y investir. Les réponses étaient entièrement libres et non limitatives.

Quels sont les désagréments liés à la prise en charge de personnes âgées atteintes de ce type de troubles ?

Premières année : il ressort des réponses récoltées quelques grands thèmes récurrents qui méritent que l'on s'y attarde afin d'éclairer la suite de l'analyse. Le principal thème concerne le manque de personnel suffisamment qualifié, motivé donc formé et en nombre suffisant, au clair avec un type de prise en charge plus difficile qui requiert une attention constante du fait notamment d'un éventuel risque pour chacun (patient, famille, soignant), un temps plus long et dans un contexte différent des autres types de prise en charge de publics purement somatiques. Ce thème revient à 11 reprises. Le second thème concerne les difficultés de communication rencontrées avec le patient ou résident avec 4 réponses dans ce sens. Le troisième thème concerne la nécessité de disposer de qualités et de capacités particulières comme l'énergie, le recul, l'investissement moral, l'inventivité, la patience et l'écoute avec 3 réponses. Le manque de structures adaptées obligeant à l'accueil en milieu ordinaire est signalé à 1 reprise. Il est à noter que 3 élèves (15%) n'indiquent aucuns désagréments à ce stade de leur formation.

Deuxièmes années : ces élèves apparaissent moins dispersés dans leurs réponses. Après deux ans de formation, ils semblent avoir une idée plus précise du sujet traité. Quatre thèmes reviennent dont trois sont communs avec les premières années : le manque de personnel suffisamment qualifié et en nombre suffisant (5 réponses dans ce sens), les difficultés de communication (2 réponses) et le manque de structures adaptées (2 réponses également). Il faut toutefois noter l'insistance sur la difficulté de faire face aux fluctuations de comportement donc l'imprévisibilité des patients ou résidents (6 réponses).

Troisièmes années : ces élèves en fin de formation se distinguent par une plus grande variété de réponses. Le manque de personnel suffisamment qualifié et en nombre suffisant revient majoritairement soit à 11 reprises ; le manque de structures adaptées 3 fois, l'imprévisibilité des patients ou résidents : 3 fois, les difficultés de communication : 2 fois, l'insatisfaction liée au travail qui n'a pu être réalisé et l'absence de projet de vie : 2 fois, les qualités et capacités particulières du soignant : 3 fois et enfin le contact avec la personne âgée et la prise en charge de troubles psychiatriques ou neurodégénératifs : 1 fois.

Quelles sont les satisfactions que procure la prise en charge de ces patients (ou résidents pour un EHPAD) ? (Tableau I)

Cette question était destinée à contrebalancer les jugements précédents. Les réponses sont variées mais peuvent aisément être regroupées en grands thèmes. Le premier thème récurrent et commun aux trois années de scolarité concerne la relation privilégiée qui s'instaure avec la personne âgée du fait de la différence dans la prise en charge proposée : institution spécialisée, séjours plus long qu'en MCO. Les différentes réponses explicitent cette relation privilégiée sous la forme :

- d'une reconnaissance perceptible de la part du patient/résident ou de sa famille,
- du sentiment d'avoir été utile, d'avoir fait du bien,
- de l'action apaisante sur le patient ou sa famille,
- de la possibilité de suivre les progrès,
- d'une communication plus forte,
- d'un enrichissement personnel.

Les autres thèmes retranscrits dans le tableau ci-dessous n'apparaissent qu'à la marge du principal thème. Il faut noter que 4 élèves en première année pourraient ne trouver aucune satisfaction (pas de réponse donnée) à ce type de prise en charge (soit 20% tout de même). Les opinions se forment donc avec le temps et l'indifférence possible à l'égard des personnes âgées atteintes des troubles évoqués disparaît rapidement (du moins en école de formation initiale).

2.1.2 Vers un progressif désir de formation

La dernière question ouverte (à toute opinion) mais orientée grâce aux exemples donnés concerne les incitations et avantages que les IDE apprécieraient de se voir proposer pour rejoindre un service ou un établissement accueillant le public objet de la présente étude.

Outre les éventuelles motivations professionnelles, qu'est-ce qui vous pousserait à travailler au service de ce type de public (prime ou congé supplémentaire, offre de formation, facilités de logement, avantages sociaux divers, etc. ? (Tableau II)

Il faut d'abord noter que les possibilités de réponses montrées entre parenthèse ont bien sur été utilisé mais, les élèves les plus « expérimentés » n'ont pas hésité à avancer des thèmes différents quelque peu revendicatifs que les entretiens répétés avec la direction des soins et les agents sur le terrain recourent. Ainsi, les troisièmes années en passe d'être diplômés et de proposer leurs services avancent, du moins pour deux d'entre eux, que le travail auprès de ces personnes nécessite un statut moins précaire. Il faut y comprendre que les personnels de l'hôpital tous statuts et grades confondus (hors corps de direction) sont embauchés très souvent sous forme de contrats de droit public à durée déterminée, contrats qui sont régulièrement renouvelés. L'une des principales

revendications du personnel soignant à l'hôpital de Libourne porte sur la nécessité de multiplier les stagiairisations¹⁵ (menant à la titularisation en tant que fonctionnaire hospitalier après un an de stage) voire les signatures de CDI (contrats à durée indéterminée) de droit public afin de pouvoir s'installer avec plus de facilité (obtenir des prêts immobilier par exemple, envisager la vie de manière plus sereine). Ce type de considération inquiète déjà les élèves ce qui participe à forger chez ces derniers une certaine opinion du CH au sein duquel ils vivent leur scolarité et par la même entretiennent une réputation de recruteur d'emplois précaires.

Il est patent que l'idéalisation d'une fonction de service à la personne, dévouée et désintéressée, moteur évident de la vocation pour le métier d'infirmier(e) (14 réponses dans ce sens en première année soit 70% des élèves interrogés se contenteraient de ce qu'ils ont) va laisser progressivement la place à des désirs plus terre en terre et réalistes ; en témoigne le recueil des réponses des élèves de troisième année qui semblent prendre conscience des lacunes dans leur formation (cette formation prenant fin, cela apparaît inquiétant) lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients ou résidents âgés atteints de troubles mentaux divers.

2.2 De l'école à la pratique quotidienne

L'étude se poursuit par l'interrogation des infirmières et infirmiers diplômés (IDE) de tous âges (titulaires, stagiaires ou contractuels) et de cadres de santé exerçant en maladie, chirurgie, obstétrique mais pas en psychiatrie ni en EHPAD afin de cerner l'évolution des perceptions du sujet traité chez des personnes peu ou pas concernées professionnellement.

Pour cela, un questionnaire identique à celui remis aux élèves (avec l'ajout d'une question fermée sur le lieu des études) a été distribué par l'intermédiaire de la direction des soins sur une période de 48 heures du 5 au 8 mai 2008. Pour bénéficier d'un maximum de spontanéité, il a été demandé aux personnes sondées de remplir les questionnaires lors des transmissions de consignes puis de les renvoyer immédiatement (par le vaguemestre). C'est ainsi que dans le respect de la continuité du service public, le questionnaire a pu être rempli par 48 IDE et cadres de santé. C'est donc le site Robert Boulin du CH qui a servi de terrain de référence.

Dans la continuité des éléments de réponse relevés chez les élèves, une analyse similaire peut être effectuée. A ce titre, les évolutions de perceptions sur les personnes âgées atteintes de troubles mentaux sont patentes et revêtent cette fois-ci le sceau de l'expérience professionnelle ; expérience, rappelons le, qui ne s'est pas obligatoirement

¹⁵ Conformément aux dispositions statutaires prévues par les lois du 13 juillet 1983 et du 9 janvier 1986.

construite dans le type de services d'accueil concernant la présente étude. Ce sont donc en plus d'expériences de terrain pour certain(e)s IDE, des impressions ou le résultat du bouche à oreilles ou encore une certaine réputation véhiculée qui aura aidé à répondre aux questions posées. A titre de remarque liminaire et sans rentrer dans les détails de l'analyse des questionnaires remis à ces professionnels, il faut constater que les questions dites ouvertes font l'objet de réponses plus nombreuses et tranchées ce qui ne peut qu'ajouter en cohérence du fait du vécu professionnel.

2.2.1 Des IDE qui affirment leurs réticences

A) Des patients et résidents peu « désirés »

Est-il dérangeant de travailler dans un service accueillant des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou de démences par rapport à d'autres services de l'hôpital ?

Oui : 24 réponses (50%) ; Non : 19 réponses (39,58%) ; Incertains : 5 réponses (10,42%). Comparés aux réponses des élèves, ces dernières statistiques témoignent d'un désenchantement d'importance de la part du personnel actuellement en exercice.

Envisagez-vous d'être affecté dans un établissement ou service de l'hôpital accueillant ce type de patient ou résident ?

Oui : 3 (6,25%) ; Non : 44 (91,66%) ; Incertains : 1 (2,08%). Il s'agit à présent d'un virage radical par rapport aux réponses estudiantines : les IDE expriment clairement à une écrasante majorité leur réticence vis-à-vis de ce type de prise en charge. Les bonnes intentions s'effritent pour laisser place à la (dure) réalité du terrain.

Avez-vous suivi vos études infirmières en Gironde ?

Oui : 30 (62,5%) ; Non : 18 (37,5%). Il apparaît que l'hôpital de Libourne recrute majoritairement des IDE formés en Gironde. Cependant, la pénurie en personnel infirmier nécessiterait un regain d'attractivité vers cet établissement et ses services délaissés (voire dénigrés comme nous le verrons) de la part notamment des élèves de l'IFSI qui se dirigent malheureusement en grande majorité vers d'autres établissements (surtout le CHU de Bordeaux)¹⁶.

B) Des désagréments clairement ressentis

Comme pour les élèves infirmier(e)s, les désagréments recueillis à partir des questionnaires distribués ont été regroupés en grands thèmes récurrents (**Tableau III**). Les réponses se concentrent cette fois ci sur la difficulté accrue d'une telle prise en charge. L'éventail des réponses est varié mais les IDE soulignent essentiellement le manque de personnel en nombre et suffisamment qualifié du fait de la nécessité de surveiller avec plus de vigilance ce type de patient ou résident. Les réponses à cette question jettent quelque peu le trouble

¹⁶ Source : direction des soins

sur le métier de soignant qui ne serait plus dans le contexte étudié de guérir, de prendre soin, de surveiller l'état de santé mais plutôt de pallier les fugues ou les violences éventuelles de la part de personnes stigmatisées du fait de leurs pathologies, par une surveillance de type plus « carcérale ». Dès lors sont revendiqués indirectement des locaux adaptés (sécurisés pour chacun). A cela s'ajoute des craintes de lassitude, d'agacement, d'anxiété, de dépression, d'épuisement physique et psychique que les difficultés de communication avec la personne prise en charge aggravent.

2.2.2 Des IDE qu'il sera difficile de convaincre

A) Des satisfactions plutôt discrètes

Au-delà des désagréments (**Tableau IV**), le même personnel a été invité à répondre sur les satisfactions que procure la prise en charge de ces patients et résidents. Ainsi, 41,66% des soignants ne voient aucune satisfaction liée à ce type de prise en charge ! Toutefois, plus du quart des soignants expriment un sentiment probable d'accomplissement personnel et de reconnaissance (27,08%).

B) Des motivations revendicatives

Relevons à présent les motivations autres que professionnelles qui inciteraient le personnel interrogé à travailler au contact de la population visée (**Tableau V**). Encore une fois, les données regroupées dans le tableau qui suit parlent d'elles mêmes. La vocation pour ce type de prise en charge reste un vœu pieux. Pour beaucoup, seules les motivations professionnelles comptent (39,58%). Cependant, plus de 60% des personnes interrogées n'hésitent pas à dresser un panorama d'incitations pouvant être interprété comme autant de lacunes ou insuffisances professionnelles et organisationnelles (demande de formation, d'effectifs supplémentaires, d'avantages sociaux). Ainsi, les souhaits pécuniaires arrivent en tête suivis par le besoin de formation et la nécessité de repos (congrés supplémentaires).

2.3 Les troubles mentaux du point de vue d'établissements les « traitant » au quotidien

2.3.1 L'EHPAD de Coutras

Le stage présentait la particularité d'être bi localisé. Outre le pôle psychiatrie (site Garderose) du CH de Libourne, le stage avait lieu à mi-temps à la maison de retraite Primerose, EHPAD de 80 places autorisées situé à Coutras (33) à une vingtaine de kilomètres de Libourne. L'étude sur l'attractivité de la prise en charge de l'accueil des personnes âgées atteintes de troubles mentaux divers en institution prend dès lors un aspect concret du fait des circonstances locales.

A) Observations précédant la remise de questionnaires

a) *Une confrontation quotidienne*

Lors de divers entretiens avec la cadre de santé, nombre de personnels et de constatations personnelles, il est devenu patent que les pathologies mentales constituent le quotidien de tout employé de maison de retraite. Aux traditionnelles démences très courantes s'ajoutent quelques cas (trois précisément) purement psychiatriques dont la place en EHPAD fait l'objet de débats. Pour le personnel de la maison de retraite Primerose, l'accueil de ce type de résidents suscite inquiétudes et désappointements car malgré la volonté de bien faire de la part du personnel de l'établissement, une importante zone d'incertitude règne quant à l'optimisation de l'accueil. A cela s'ajoutent des comportements imprévisibles de la part de ces quelques résidents qui peuvent démoraliser les personnes qui en ont été les victimes (injures, violences physiques, diffamation parfois). L'assistance réclamée au pôle psychiatrique du CH de Libourne qui se conclut par des hospitalisations est alors perçue par tous comme un soulagement. Cependant, ce soulagement n'est parfois que de quelques jours ; car il est souvent conclu par les psychiatres que certains états sont plus compatibles avec une vie en EHPAD plutôt qu'en institution psychiatrique, ce qui ajoute à la frustration du personnel de la maison de retraite.

b) *Un certain sentiment d'abandon*

Interrogés sur ces cas particuliers, la cadre de santé insiste sur le fait que certaines personnes n'ont pas leur place en maison de retraite du fait des troubles mentaux qu'ils présentent. Cependant, les tentatives de réorientation de certains résidents en psychiatrie au CH de Libourne notamment se concluent par des diagnostics situant ces personnes dans un entre deux pathologique qu'une hospitalisation n'aiderait pas davantage. Lorsqu'il est envisagé d'orienter ces quelques cas vers d'autres EHPAD, des refus sont essuyés en raison de risques potentiels de dérives comportementales. La cadre de santé ainsi que les infirmières interrogées réclament une formation adaptée que les personnels (tous corps et grades confondus) n'ont jamais reçue. A titre d'illustration, une étude prospective publiée dans la revue francophone de gériatrie et de gérontologie¹⁷ portant sur les « âges et motifs d'admission en unité de soins de longue durée¹⁸ souligne le fait que les personnes démentes notamment, lorsqu'elles gardent une autonomie satisfaisante, sont souvent des « éléments perturbateurs » ; ce qui explique le refus ou l'arrêt de prise en

¹⁷ « La revue francophone de gériatrie et de gérontologie », mai 2006, tome XIII, n° 125, pages 240 à 243.

¹⁸ Les unités de soins de longue durée autrefois dénommées « longs séjours » sont selon la loi 91-748 du 31/07/1991 (Art.L.711-2, alinéa 2), des services de « soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ».

charge en foyer logement ou maison de retraite. Cependant, elles ne relèvent pas toujours d'une structure type unité de soins de longue durée si on s'en réfère strictement à la définition. Ce constat se conclut par une question sans réponse : « Mais quel établissement proposer à ces personnes ? ». Sans se risquer à une réponse trop rapide, il peut être constaté simplement que lorsqu'une personne obtient une place en EHPAD, c'est très souvent pour le reste de son existence et il est donc difficile de l'y déloger.

Afin de compléter observations et entretiens quotidiens, un questionnaire a été déposé en salle de repos et a fait l'objet d'une information de l'ensemble du personnel disponible de l'EHPAD (titulaire, contractuel, stagiaire), soit environ 35 agents ; questionnaire anonyme proche de celui remis aux soignants du pavillon 42 (psychogériatrie) du site Garderose, afin de cerner les ressentiments vis à vis des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Il est constitué de questions majoritairement fermées. 19 questionnaires ont été remplis.

B) Analyse des réponses au questionnaire (questions retranscrites en *italique*)

a) *Représentations du trouble psychiatrique*

Quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit quand on vous dit psychiatrie ?

La psychiatrie revêt pour les agents ayant accepté de répondre au questionnaire des contours divers et variés desquels il ressort quelques grandes tendances (**Tableau VI**). La folie, la dépression et la démence arrivent en tête de peloton. La démence est donc assimilée à un trouble psychiatrique par une proportion non négligeable de professionnels interrogés (21,05%).

Afin de mesurer une éventuelle incidence du vécu personnel sur les perceptions des agents, il a été demandé s'ils ont dans leur entourage (amis, famille) des personnes relevant d'un accueil similaire à celui assuré à l'EHPAD Primerose. Seuls deux agents un(e) ASH et un(e) AS ont répondu par l'affirmative ; l'un des deux cas présentant un trouble de type psychiatrique. Le vécu personnel n'apparaîtrait donc qu'à la marge (le questionnaire a pu être rempli en toute confidentialité ce qui accrédite la véracité des réponses).

Les troubles psychiatriques auxquels vous êtes parfois confrontés sont-ils selon vous définitifs ? Trois réponses différentes sont proposées au choix : *non, ils sont guérissables ; ils sont peut être guérissables ; ils ne sont pas guérissables.*

L'incertitude (forme d'espoir) voire le pessimisme règnent en matière de santé mentale chez les sujets âgés (**Tableau VII**). Pour 63,16% des agents, ils sont peut être guérissables. Les recherches théoriques corroborées par le cadre de santé du pavillon de

psychogériatrie de Garderose relatent en fait que l'état de ce type de sujets est en fait au mieux stabilisable.

Puisque les troubles psychiatriques des résidents pourraient ne pas être guérissables, il faudra donc envisager le meilleur accompagnement possible : thème de la question analysée ci après.

Pensez vous que les médecins et le personnel soignant sont en mesure de guérir/soulager ? Quatre réponses sont proposées (sans limitation de choix) : au moins, le résident sera ici en sécurité ; au moins, les proches et la société seront en sécurité ; ils ne pourront pas faire grand-chose ; l'état des connaissances (la science) le leur permet.

Malgré l'interrogation que suscite la maladie mentale voire la résignation face aux chances de guérison, les réponses à cette question font susciter une certaine confiance dans la fonction soignante (**Tableau VIII**). Globalement, ces résidents peuvent au moins être soulagés et sont en sécurité à l'EHPAD. En effet, seul 8 % des personnes ayant répondu restent résolument pessimistes quant à ce type de prise en charge.

La question suivante traite du fait plus que chaque professionnel est prêt à apporter afin d'améliorer la prise en charge. C'est une question fermée qui laisse le champ libre dans un second temps à l'expression personnelle.

Pensez-vous que vous-même pouvez faire quelque chose de plus en dehors des gestes de soins ? Si oui, quoi ?

Les réponses à cette question (**Tableau IX**) font apparaître qu'une majorité de personnels est prête à s'investir et s'investit concrètement afin de remplir les missions dévolues à un EHPAD de qualité. Cependant, près du tiers (31,58%) du personnel a répondu par la négative, c'est-à-dire qu'une partie de celui-ci ne se sent visiblement pas capable de faire plus que de suivre un protocole ou des instructions de soins. Ce sentiment d'impuissance se manifeste en particulier chez le personnel le moins qualifié sur le plan médical. Pour le personnel « plus volontaire », des actions empreintes d'humanité sont évoquées : présence humaine, prise de temps pour dialoguer, présence, protection,

b) De l'empathie du personnel à une certaine méfiance

Reprenons l'analyse des réponses au questionnaire du point de vue des résidents tel qu'il est ressenti par le personnel.

D'après vous, les résidents ont-ils conscience de leur état de santé mentale réelle ?

Seul un agent semble convaincu que les résidents réalisent ce dont ils sont atteints sur le plan mental. Toutefois, le doute règne chez 42,11% des agents (**Tableau X**).

Vous en parlent-ils ?

Un dialogue existe entre ce type de résident et les ASH et AS surtout : 36,84% du personnel s'entretient avec les personnes concernées de leur état de santé mentale (**Tableau XI**).

La question suivante vise à mesurer la crainte sur l'intégrité physique du personnel que suscitent ces résidents.

Avez-vous (parfois) peur de ces résidents ? Si oui, pourquoi (risque d'agression,...)?

Une proportion non négligeable soit 8 agents (42,11%) répondent par l'affirmative (**Tableau XII**). Seules une AS et une ASH justifient cette peur par l'imprévisibilité des comportements. Le travail ne s'accomplit donc pas dans la sérénité la plus totale ce qui peut accentuer un phénomène d'ostracisation de ces résidents avec une différence de niveau de qualité de prise en charge selon l'aidant.

D'où viennent-ils ?

Le personnel ayant répondu évalue les orientations depuis un service de psychiatrie à 34,62% (**Tableau XIII**). Ce type d'orientation (parfois justifié) peut susciter le sentiment de « patate chaude » (On se débarrasserait d'un patient gênant) de la part d'un personnel d'EHPAD parfois désarçonné et par la même, menacer la bonne articulation entre institutions d'accueil.

c) Des écueils identifiés malgré la volonté de bien faire

Quels sont les éléments positifs de la prise en charge des résidents à Coutras selon vous (exemples : les résidents gardent le moral, ils rencontrent souvent leurs médecins disponibles, etc.) ?

Une maison de retraite présente l'avantage d'humaniser la prise en charge grâce à un contact quotidien avec le résident par une équipe compétente. Par ailleurs, l'aspect sécurisant de l'EHPAD pour la personne âgée, même atteinte de troubles mentaux, représente l'atout majeur de l'établissement (**Tableau XIV**).

Quels sont les éléments négatifs de la prise en charge des résidents à Coutras (exemples : les résidents sont très déprimés, les infirmières ne sont pas disponibles, etc.) ?

Ce type de résident laisse le personnel peu indifférent (**Tableau XV**). En effet, ce dernier ne manque pas de souligner des écueils notoires (manque de temps, de personnel, de structure adaptée) traduisant un désir de qualité plus grand dans la prise en charge plutôt qu'un désenchantement.

Globalement, la prise en charge ne vous rassure pas du tout ou vous rassure un peu ou vous rassure beaucoup ?

Il devient à présent évident que la prise en charge de résidents atteints de troubles mentaux en maison de retraite souffre de lacunes du fait de l'inquiétude exprimée par une proportion non négligeable du personnel : 31,58% seulement du personnel est très rassuré, deux personnes sont résolument pessimistes (**Tableau XVI**).

d) *Une réorientation souhaitée*

Pensez-vous que certains résidents relèvent d'une prise en charge psychiatrique (ont-ils leur place à Coutras) ?

Les résultats sont d'une éloquence frappante : on se passerait bien de certains de ses résidents à 57,89% (**Tableau XVII**). Le personnel vise certainement quelques cas particulièrement épuisants. Dès lors, seules la bonne volonté et l'éthique professionnelle (dans le sens d'obligation de service) guident l'action de chacun. Les réponses à la question suivante le confirment.

Seraient-ils mieux en institution spécialisée ? Pourquoi (pas) ?

Les réponses à ces questions (**Tableau XVIII**) recourent les précédentes en les répétant : l'institution spécialisée apparaît aux yeux des personnes ayant répondues comme un lieu adapté en terme de locaux et de personnels (formation adéquate).

La dernière question vise à tenter d'évaluer le degré de résignation face à ce type de prise en charge ainsi que l'émotion provoquée par des résidents parfois atypiques.

Globalement, comment envisagez-vous leur avenir ?

Au total, seules 15% des réponses (difficile, chaotique, la mort) font état d'un pessimisme flagrant (**Tableau XIX**). Malgré quelques espoirs affichés (bien pris en charge sous condition, libres, sereins), l'incertitude règne et le personnel hésite à projeter ces personnes dans l'avenir.

2.3.2 Une structure d'accueil psychogériatrique pour un regard en principe plus informé sur les troubles mentaux

Comme précédemment, les questions posées seront présentées en *italique*.

A) Des professionnels « aguerris » face aux troubles mentaux chez les personnes âgées

a) *Des troubles mentaux connus*

Il doit être signalé que le questionnaire distribué au personnel du pavillon 42 (28 lits de capacité, 27 agents au total dont 7 infirmières et un cadre de santé) de l'hôpital de Libourne, site Garderose s'adressait à tous les professionnels du service, exception faite des médecins de passage (aucun praticien hospitalier n'est rattaché à ce pavillon). Onze

agents ont su trouver le temps d'y répondre. En accord avec le cadre de santé et pour favoriser une plus libre expression des opinions, il n'a pas été demandé au personnel de s'identifier hiérarchiquement ou fonctionnellement comme il l'a été proposé à Coutras.

Quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit quand on vous dit psychiatrie ?

Les réponses à cette première question (**Tableau XX**) forment une liste ; notamment d'états pathologiques : troubles du comportement, de la personnalité, difficultés, démences... ; de lieux : hôpital Garderose, pavillon 42 ; de situations de travail : pavillon fermé, traitement ; mais seule une émotion personnelle est exprimée, à savoir un travail dévalorisé. A ce stade, la psychogériatrie ne semble pas faire l'objet d'un rejet de la part d'agents dont c'est le quotidien. Il s'agit donc de réponses plutôt descriptives.

Aux questions suivantes, seul un professionnel répond avoir dans son entourage (amis, famille) des personnes relevant d'un accueil similaire à celui qu'il assure au pavillon 42 ; ce qui tend à démontrer que le choix de travailler dans ce type de service ne résulterait pas d'influences extra professionnelles (mais le raisonnement inverse peut aussi être tenu car il peut être pénible de confondre vie professionnelle et personnelle).

Nous poursuivons par des questions portant sur l'état de conscience des patients vis-à-vis de leur maladie tel qu'il est perçu ou constaté ainsi que sur la fréquence de leur passage en psychogériatrie. Il apparaît de cette manière que d'après le personnel y exerçant, les patients y faisant un passage (très majoritairement atteints de démences, comme indiqué par le cadre de santé) ont rarement conscience de ce dont ils sont atteints alors même qu'ils y reviennent régulièrement (essentiellement depuis un domicile particulier ou une maison de retraite) pour des soins spécialisés (**Tableau XXI**). Il s'agirait donc d'un travail au contact de personnes a priori peu réceptives à l'attention qui leur est portée ce qui pourrait constituer un facteur de démotivation pour le personnel (peu de reconnaissance de la part du « client »).

Pensez-vous que les médecins et le personnel soignant sont en mesure de guérir/soulager ? Quatre choix de réponses non exclusifs : *l'état des connaissances (la science) le leur permet ; ils ne pourront pas faire grand-chose ; au moins, le patient sera ici en sécurité ; au moins, les proches et la société seront en sécurité (ou soulagés).*

Les réponses répertoriées dans le **tableau XXII** démontrent une certaine vocation sécuritaire du pavillon de psychogériatrie (deux tiers des réponses) tant pour le patient que pour ses proches ou la société. Le choix d'un service de psychogériatrie peut ainsi apparaître comme relevant plus d'une certaine idée du service public faite de dévouement et d'abnégation plus que d'une recherche de guérison absolue (on ne travaille pas obligatoirement à l'hôpital pour guérir ; on y exprime également son humanité) ou de

considération de la part de la personne aidée (a fortiori lorsqu'elle ne se rend pas compte de ce qui lui arrive).

b) Un repli toutefois notoire sur les traditionnels gestes de soins

Pensez-vous que vous-même pouvez faire quelque chose de plus en dehors des gestes de soins ? Si oui, quoi ?

Le point marquant à relever (**Tableau XXIII**) réside dans l'importante proportion de professionnels se situant uniquement dans une approche de soins (5 sur 11) et excluant de ce fait l'aspect relationnel sous toutes ses formes décrit par les autres agents. Il faut noter que le personnel hôtelier (entretien des locaux, distribution des repas) participe également aux gestes de soins traditionnels (toilette, maintien de la personne,..) à la demande du personnel paramédical avec l'accord de la hiérarchie. La question suivante vise à identifier les qualités propres au site de Garderose.

Quels sont les éléments positifs de la prise en charge des patients à Garderose selon vous (exemples : les patients gardent le moral, les médecins sont très disponibles, etc.) ?

Visiblement, la prise en charge des patients à Garderose soulève peu d'enthousiasme : seul 4 agents sur 11 expriment un élément positif (**Tableau XXIV**) ; certains n'hésitant pas à écrire qu'il n'y a aucun élément positif.

c) Des médecins désirés

Quels sont les éléments négatifs de la prise en charge des malades à Garderose (exemples : les malades sont très déprimés, les médecins ne sont pas disponibles, etc.) ?

Fait marquant, la psychogériatrie semble manquer cruellement de médecins (50% des réponses), donc de gériatres ou de psychiatres (**Tableau XXV**). Cet état de fait nuit ainsi à la qualité de la prise en charge sur le site de Garderose (parmi les réponses : déprime des patients, sentiment d'abandon). Les réponses qui suivent confirment cette inquiétude.

Globalement, la prise en charge médicale ...ne vous rassure pas du tout ou vous rassure un peu ou vous rassure beaucoup ; pensez-vous que les patients relèvent d'une prise en charge psychiatrique (ont-ils leur place à Garderose ?) ; seraient-ils mieux en maison de retraite ?

Ces réponses (**Tableau XXVI**) confirment l'inquiétude du personnel du pavillon 42 vis-à-vis de la prise en charge médicale. Ce n'est pas tant la capacité à soigner des médecins qui est remise en cause mais surtout leur relative absence dans un pavillon où les professionnels présents expriment un fort besoin de soutien technique de la part des praticiens les plus diplômés. Cette série d'opinions confirme les résultats précédents : le personnel soignant et hôtelier manque de confiance dans la prise en charge médicale des

patients qui ne rassure totalement personne ! Les réponses précédentes démontraient une faible disponibilité médicale en psychogériatrie. Ces derniers éléments recueillis tendent à prouver que cette « rareté » du corps médical crée un sentiment de doute à leur égard et fragilise l'assurance des autres personnels dans la prise en charge quotidienne de patients difficiles. Ceci d'autant plus que la nécessité d'un passage en service spécialisée est très peu remise en question du fait de l'inadaptation connue des maisons de retraite (réponses fréquentes).

Dernière question : *globalement, comment envisagez-vous leur avenir ?*

Les réponses à cette dernière question concluent le pessimisme ambiant : l'avenir des personnes âgées atteintes de troubles mentaux étant passées par l'hôpital Garderose pourrait s'annoncer globalement peu enviable : triste, mauvais, ... (**Tableau XXVII**) ; à moins que de véritables structures adaptées à tout point de vue puissent les accueillir.

B) Des familles objectivement rares

Afin de compléter cette étude au pavillon de psychogériatrie, il a été proposé sur la même période de l'enquête (six semaines de mi avril à fin mai 2008) aux familles ainsi qu'aux patients eux-mêmes (deux questions) de répondre au même questionnaire en précisant simplement le lien de parenté. Malheureusement, seuls deux représentants des familles y ont répondu. D'après le cadre de santé, ce manque de réponses est quelque peu révélateur de la gêne vis-à-vis de pathologies mentales stigmatisées et il pourrait être conclu hâtivement à une certaine mauvaise volonté ou désintérêt de la part de familles désemparées. Il s'agit pourtant de l'une des conséquences des types de pathologies traitées, à savoir une certaine solitude des patients, du moins du point de vue familial ou amical. Ils arrivent très souvent en ambulance et reçoivent par la suite peu de visites.

Un conjoint et un descendant ont ainsi répondu au questionnaire (dont l'un avec l'aide du cadre de service à la demande du conjoint et du patient).

L'un des patients pense que son trouble est guérissable (pas de précision sur sa nature) et qu'il ne relève pas d'une prise en charge psychiatrique alors que l'autre (pertes de mémoire) pense que c'est définitif mais ne répond pas sur la nécessité de sa prise en charge spécifique. Le descendant informe que son parent vient de son domicile et qu'il est exclu qu'il rejoigne une maison de retraite parce que c'est trop cher. Il pense ne pouvoir rien faire lui-même mais est très rassuré par la prise en charge médicale à Garderose. Il relève comme point positif la sécurité des patients (et déplorant les cris). Quant à l'avenir de son parent, il ne sait pas.

Le conjoint est pour sa part aussi rassuré par la prise en charge médicale. Il a entièrement confiance dans l'équipe soignante et les médecins (même s'il déplore la

promiscuité et l'ancienneté des locaux). Il envisage par ailleurs un avenir difficile pour son conjoint.

Nous sommes ainsi en présence de deux parents ayant des attentes fortes de la part de l'institution et lui accordant toute leurs confiances. La prise en charge de leur parent vient apporter un soulagement notable aussi bien à ce dernier qu'à eux-mêmes. L'institution se doit donc de répondre aux espoirs (pourtant modestes) des familles quand bien même ces dernières donnent parfois l'impression de se décharger et de se désintéresser de leurs proches vieillissants et malades.

C) Les praticiens hospitaliers psychiatres interrogés sur le sens de leur engagement au sein du service public hospitalier

Si l'offre médicale en matière de psychiatres est reconnue comme importante en France, force est de constater qu'il existe un fort déséquilibre entre le secteur libéral et le service public hospitalier. Les agents du pavillon 42 ont relevé à plusieurs reprises l'insuffisance de prise en charge médicale (psychiatrique) des patients dont ils ont la charge. Les divers conseils du pôle de psychiatrie et autres instances (Conseil d'administration, CTE) confirment qu'il existe un manque cruel de psychiatres depuis la pédopsychiatrie jusqu'à la psychiatrie adulte à l'hôpital (la psychogériatrie n'étant visiblement pas une priorité). Il s'avère dès lors pertinent de s'interroger sur les raisons de ce manque d'attractivité de la psychiatrie à l'hôpital public en général et à Libourne en particulier.

Pour cela, un questionnaire court (modèle en annexe) a été remis aux médecins psychiatres exerçant à Garderosse. Sur 17 praticiens contactés grâce à leur messagerie sur l'Intranet du CH, seulement quatre d'entre eux l'ont rendu complété. Il s'agissait comme précédemment d'un questionnaire anonyme retranscrit ci-dessous en italique.

1^{ère} question : quelles ont été vos motivations à intégrer le service public hospitalier ?

Trois psychiatres ont été motivés par le travail en équipe dont deux par l'existence d'une équipe pluridisciplinaire. Deux réponses font état d'un goût du service public. Le désintérêt pour le profit financier est cité une fois, des missions diversifiées (hôpital de jour, CATTP, consultations) et un travail à la pointe des nouvelles techniques sont cités. L'ensemble de ces réponses traduit qu'à contrario les psychiatres non hospitaliers pourraient être guidés dans leur choix d'exercice de leur métier par des considérations moins idéalistes que dans le secteur public et préférer une meilleure rémunération malgré un travail plus solitaire et moins diversifié.

2^{ème} et 3^{ème} question : regrettez-vous à présent ce choix ? Si oui, pourquoi ?

Un psychiatre sur les quatre répond par l'affirmative (mais en rajoutant le terme « presque »). L'échantillon ne pouvant être qualifié objectivement de représentatif, il ne

sera pas conclu qu'un quart des psychiatres regrette de travailler à l'hôpital public. Cependant, la justification de sa réponse recoupe les déclarations tenues abondamment par nombre de professionnels lors des instances les réunissant. Il justifie ainsi ce regret par un travail de plus en plus difficile, des équipes hétérogènes et la recherche du profit rendue presque obligatoire.

4^{ème} question : l'environnement géographique a-t-il été déterminant dans le choix de lieu d'exercice de votre métier ?

Nous retrouvons à nouveau une réponse isolée, cette fois affirmative (d'un autre praticien qu'à la question précédente). Il ne paraît pas étonnant que le libournais puisse susciter l'envie d'y exercer du fait notamment du cadre environnemental qu'il propose (ville, nature, climat plutôt agréable).

5^{ème} question : qu'est-ce qui pousserait des étudiants en médecine ou de jeunes médecins à se diriger vers la psychiatrie dans un hôpital public ?

Nous avons cette fois sept réponses pour quatre psychiatres (réponses multiples parfois). Aucune n'est répétée plus d'une fois. Les voici : « je me le demande », équipe médicale déjà en place, l'abnégation, la reconnaissance de la spécificité de la spécialité et de ses besoins, la résignation, le salaire, le statut de praticien hospitalier.

L'éventail des réponses confirme les impressions relevées (in et off) durant le stage ; à la différence que les revendications pécuniaires transparaissent nettement plus à l'oral qu'à l'écrit. Deux réponses peuvent être qualifiées de pessimistes : « je me le demande » et « la résignation ».

6^{ème} question : vous sentez vous pleinement reconnu comme médecin (notamment par vos confrères pratiquant d'autres spécialités) ?

La raison d'une telle question réside par l'apparence d'isolement dont fait l'objet cette discipline par rapport aux autres. Il est important de rappeler que la psychiatrie au CH de Libourne est principalement concentrée géographiquement sur le site de Garderose distant d'environ quatre kilomètres du site Robert Boulin (nom officiel et « siège » des principales activités du CH) ce qui peut créer une césure entre praticiens. « Garderose » est par ailleurs considérée dans le langage populaire libournais comme « l'hôpital des fous » ; ce que ne manquent pas de relever certains psychiatres (essentiellement en conseil de pôle), affichant ainsi une certaine frustration (ou regrettant un manque de reconnaissance) vis-à-vis de l'autre hôpital dit normal (Robert Boulin).

Les réponses à cette question sont toutes affirmatives ; l'un des praticiens déplorant toutefois quelques difficultés. Ils ou elles se sentent donc reconnus par leurs confrères malgré des propos contradictoires relevés tout le long du stage.

Il s'agit à présent de tirer les enseignements de cette étude afin de pouvoir s'engager dans une démarche renouvelée d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles mentaux divers en institution.

3 Rendre efficiente une prise en charge clairement articulée

Les enseignements tirés de l'enquête de terrain menée vont à présent servir de socle - grâce à une mise en perspective avec diverses recherches documentaires - à la construction de propositions destinées à rendre l'accueil du public étudié plus évident et moins contraignant pour tous.

3.1 Des considérations autant objectives que subjectives

L'enquête et les observations effectuées durant le stage laissent apparaître une perfectibilité de l'image du travail au contact de sujets âgés présentant certains maux. Les lacunes décelées plaident en faveur d'un nouveau cadre de prise en charge spécifiquement adapté.

3.1.1 Perceptions et discriminations

- A) Une perception de la maladie mentale peu éloignée en fait de l'opinion véhiculée auprès et par le grand public

Si des psychiatres déplorent les méfaits du *numerus clausus* (sujet récurrent lors des instances et conversations : comment le ministère (de la santé) ne parvient-il pas à anticiper les recrutements de médecins sachant que l'on connaît par avance les dates probables de départ à la retraite ?) ou l'attrait du secteur libéral pour expliquer le manque de professionnels disponibles à l'hôpital, les cadres de santé et les IDE déplorent le manque de formation et d'information. Les réponses au questionnaire recueillies auprès des élèves de l'IFSI présagent et confirment en outre la crainte d'une désaffection durable des secteurs étudiés. L'enquête révèle par ailleurs que le personnel, dans sa globalité paraît démuni face aux troubles mentaux alors même qu'il ne s'agit pas de pathologies rares.

Aussi, bien que le nombre de français souffrant de maladies mentales soit considérable, il règne encore une grande confusion au sujet de ces maladies dans le grand public. Ces malentendus sont en effet encore beaucoup trop fréquents : selon l'opinion publique, les personnes souffrant de maladies psychiatriques seraient violentes, dangereuses, imprévisibles, incapables de raisonner et d'agir, pratiquement dénuées de volonté et rebelles à tout traitement. On pense souvent qu'une mauvaise éducation, un événement affreux voire même des forces surnaturelles sont à l'origine de l'apparition de la maladie mentale. En somme, on suppose beaucoup de choses sur le patient mais on en sait bien peu sur les véritables causes de cette maladie. Ces constatations soulèvent de nombreuses questions.

Quel que soit la fonction exercée et le grade occupé en milieu sanitaire ou médico social, il serait logique de prétendre à un début de maîtrise de la part de personnels expérimentés et en principe formés. Cependant, l'enquête réalisée à l'occasion de ce mémoire révèle indéniablement une crainte vis-à-vis du travail au contact de personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou neurodégénératifs. Pour preuve, le personnel cadre et infirmier de tout secteur hors psychiatrie de l'hôpital Robert Boulin se révèle réticent à rejoindre un service ou un EHPAD accueillant ce type de personne (un seul IDE ayant répondu se déclare intéressé).

Si les IDE du libournais s'opposent à l'idée de rejoindre un service ou un établissement accueillant ce type de patient ou résident, même pour des raisons recevables (ce sont effectivement des personnes dont la prise en charge et le soin requièrent une grande technicité et disponibilité...comme tout soin infirmier (!)), il apparaît que cette prise en charge est moins valorisante que le travail dans tout autre service où pourtant les responsabilités à l'égard du patient peuvent être plus importantes (iatrogénie accrue, potentialité d'erreurs médicales plus évidente).

Dès lors, les raisons profondes de cette réticence évidente à l'égard du travail au contact du sujet âgé dément et/ou psychotique, repose indéniablement sur une mauvaise réputation très difficile à défaire entraînant des discriminations.

B) L'impact des discriminations sur les troubles mentaux

a) *Un regard partial sur la maladie mentale*

La discrimination a une définition claire et juridiquement posée : elle consiste à distinguer une personne ou un groupe de personnes des autres. La stigmatisation est une étiquette qui fait montrer la personne du doigt. Certaines discriminations comme celle touchant les personnes séropositives conduisent en réaction au port du ruban rouge en signe de solidarité : endosser le stigmate est une façon de combattre la discrimination. Cette stigmatisation s'appuie sur des préjugés, des stéréotypes dus à l'ignorance. Selon l'enquête sur la santé mentale en population générale (hors institution ou structure d'accueil)¹⁹, 90 % des personnes interrogées associent maladie mentale et dangerosité. Les crimes graves, meurtre, viol, inceste, sont reliés au mot « fou ». Or, en France, en 2003, pour 47 655 personnes mises en examen dans des affaires jugées, il y a eu 285 non-lieux par application de l'article 122-1 du Code pénal qui signe l'irresponsabilité

¹⁹ L'enquête Santé mentale en population générale (SMPG), réalisée par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine, s'est déroulée entre 1999 et 2003 en s'appuyant sur un outil de repérage, le questionnaire Mini (Mini International Neuropsychiatric Interview) et la classification internationale des maladies (CIM 10).

pour cause psychiatrique, soit 0,6 %. Il faudrait mettre ces chiffres en regard de ceux du suicide (12 000 par an) : toutes les personnes qui se suicident ne sont pas atteintes de troubles psychiatriques, mais a contrario, celles qui le sont ont des risques multipliés par sept à dix. Pour autant, les choses évoluent : le grand public en sait plus sur la dépression ou les démences grâce aux campagnes d'information initiées par le ministère de la santé. La méconnaissance de nombreuses pathologies reste cependant très forte.

b) *Une discrimination jusque dans les institutions sanitaires et médico sociales qui pousse à s'interroger sur la formation dispensée aux professionnels.*

Ces personnes peinent sous une double stigmatisation : elles deviennent dépendantes d'abord, et en plus elles sont « vieilles ». Les deux images sont négatives dans notre société qui privilégie la jeunesse, la beauté physique et la productivité. Il est difficile de motiver des équipes soignantes et hôtelières à consacrer leur temps à des personnes qui pourront au mieux être stabilisées. Le problème est aggravé par le fait que les personnes âgées atteintes de troubles mentaux peinent à cohabiter avec les personnes non atteintes qu'elles gênent et démoralisent (cris le jour et la nuit, comportements à la « tatie Danielle²⁰ »,...). Il y a en effet de la part des personnes âgées qui avancent en âge un refus d'association aux autres « vieux » même si elles présentent des signes comparables. En conséquence, ce n'est pas uniquement le regard des autres qui pose problème. C'est également l'image que l'on veut garder de soi-même.

Par ailleurs, il est patent d'observer à Libourne une insuffisance de personnel en quantité et hautement qualifié acceptant de rejoindre un EHPAD ou un service de psychogériatrie. Le recrutement de personnel dit hôtelier (principalement les ASH) ne pose aucun problème. Libourne comme Coutras fait l'objet de nombreuses candidatures spontanées de personnes prêtes à s'investir auprès de tout public. Ceci s'explique aisément du fait du contexte socio économique local où les demandeurs d'emploi peu ou sous qualifiés regorgent. Mais, il en va autrement du personnel qualifié en soins, principalement les psychiatres et les IDE. Ces deux catégories de personnel sont en effet très courtisées par les établissements publics de santé et les établissements sanitaires et sociaux.

Les IDE désirant rejoindre le CH de Libourne (dont son EHPAD) par la voie de la mutation ou à l'occasion d'un début de carrière rechignent voire refusent catégoriquement l'orientation en psychiatrie, en gériatrie ou en EHPAD. Dès lors, il apparaît que le personnel le plus récent en place a pour une part été imposé.

Tout cela démontre, s'il en était besoin, que les institutions sanitaires et médico sociales sont un lieu où les phénomènes de discrimination ne sont pas absents. Le rôle de la formation et de l'information s'avère d'autant plus important lorsque l'on sait que la

²⁰ Célèbre personnage de fiction odieux avec son entourage.

psychiatrie suscite souvent de l'inquiétude parmi les futurs professionnels. « L'important, lorsque l'on fait de la formation infirmière, est de combattre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles psychiques », témoigne Jane-Laure Danan, directrice de l'institut de formation en soins infirmiers de Nancy-Laxou, rattaché à un centre de psychothérapie²¹. « Très tôt, il faut enseigner la psychiatrie, l'introduire dans les stages et associer l'enseignement psy et les sciences humaines » poursuit-elle.

C) Le constat d'un défaut d'adaptation à l'emploi pourtant nécessaire

En juin 2002, un groupe d'études sur la formation infirmière en psychiatrie a été initié par le ministère de la Santé²². Depuis la réforme des études de 1992²³, il n'existe en effet plus de formation spécifique. « Si l'on mettait réellement en place le programme tel qu'il est prévu (400 heures de psychiatrie), il n'y aurait pas de problème, estime cependant Jane-Laure Danan. La difficulté est que, sur certains sites, les compétences manquent pour permettre d'assurer correctement la formation psy. » Le groupe d'études, qui a rendu ses conclusions en janvier 2004, a proposé la mise en place d'une formation de courte durée de type « adaptation à l'emploi ». Celle-ci devait être effective en 2005. Elle constitue un compromis entre les trois positions qui avaient émergé : la formation initiale est suffisante, il faut revenir à une formation spécifique et il faut une formation complémentaire, diplômante et qualifiante.

On ne peut ainsi que regretter que la formation des professionnels prenant en charge les personnes dépendantes du point de vue mental et vieillissantes soit ressentie comme défailante. Puisque les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent aujourd'hui vivre aussi longtemps que leurs semblables sans pathologie établie, il serait donc souhaitable d'envisager la problématique de la vieillesse dès la formation de base et non pas d'attendre que les professionnels en fonction réclament des stages de gérontologie en formation permanente. Plutôt que d'être limitée à une option, la vieillesse et la santé mentale devraient figurer dans les perspectives professionnelles de tous. De la même façon, les professionnels en milieu gériatrique sont toujours demandeurs de formation sur la dépendance psychique. Des formations si possibles diplômantes - DU (diplôme universitaire) ou DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) - en partenariat avec les centres universitaires les plus proches leur permettant de mieux comprendre les besoins des personnes dépendantes séjournant en maison de retraite amélioreraient considérablement leur tâche. En outre, le manque de personnel formé aboutit à une réduction des lits en hôpital psychiatrique et il arrive que des malades mentaux d'un certain âge soient parfois orientés en maison de retraite. La Cadre de santé de la maison

²¹ 3La gazette Santé-social » n°4 - 01/01/2005 – édition en ligne - Dossier : La santé mentale : Décloisonner les formations.

²² Idem

²³ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études d'infirmier et d'infirmière.

de retraite Primerose à Coutras déplore cet état de fait en raison du caractère chronophage et stressant de ces quelques résidents sur un personnel moins disponible pour la collectivité et souvent démuni face à leurs réactions à la fois peu et « trop » prévisibles (violence verbale et physique, décompensation brutale²⁴). Ce placement n'est pas forcément un mal pour les personnes elles-mêmes, mais il peut poser des problèmes pour un personnel d'encadrement qui manque de formation en psychopathologie et d'appui de la psychiatrie de secteur.

3.1.2 La conséquence d'un personnel en souffrance confirmée par une enquête de grande ampleur : l'étude PRESST

L'enquête menée sur Libourne et Coutras relève de nombreuses plaintes de la part du personnel. Si la prise en charge du sujet âgé dément ou autre présente un défi que chacun se déclare prêt à relever – et relève d'ailleurs au quotidien – avec motivation (pour le personnel déjà en place bien sûr), l'épuisement physique et mental prend petit à petit le pas. Il devient alors perceptible que ce type de prise en charge est difficile à réaliser sur une carrière de plusieurs décennies.

L'enquête PRESST (Promouvoir en Europe Santé et satisfaction des Soignants au Travail)²⁵ vient corroborer ces observations. Le rapport final relève en effet que la difficulté du travail dans les maisons de retraite tient notamment à la nature des pathologies qui y sont traitées. « Les résidents souvent âgés, y présentent souvent des démences ou des poly-pathologies ». Il s'avère ainsi que les soignants se plaignent, enquête quantitative à l'appui, de ne pas avoir les moyens et les compétences des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. 86% des soignants des maisons de retraite se disent confrontés souvent ou toujours à la maladie ou la souffrance humaine. Par ailleurs, les soignants des hôpitaux psychiatriques (CHS) tout comme ceux des établissements pour personnes handicapées (EPH) et ceux des maisons de retraite (MR) se disent souvent ou toujours confrontés à des malades pénibles (respectivement 80,5% en MR, 67,8% en EPH et 77,2% en CHS contre 60,5% dans l'ensemble de l'échantillon) ou agressifs (66,9% en MR, 53,5% en EPH et 65,5% en CHS contre 47,3% dans l'ensemble de l'échantillon). L'accompagnement de la fin de vie est ainsi lourd à porter lorsqu'on le réalise sans disponibilité de temps et sans soutien d'un collectif de travail surchargé

²⁴ Décompensation : expression de la pathologie de nature psychiatrique par le patient après une période de normalité (de compensation)

²⁵ L'étude européenne PRESST NEXT (Nurses' early exit study), financée par la Commission européenne porte sur la situation de travail et de vie des personnels soignants ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur métier. Elle vise à mieux identifier ce qui peut expliquer l'abandon prématuré par les soignants paramédicaux de leur profession. Elle permet de proposer des solutions pour réduire les problèmes de santé et les départs prématurés des soignants. Il s'agit d'une préoccupation majeure au sein des dix pays participants à l'étude NEXT: Allemagne, Belgique, Finlande, France, Grande-Bretagne, Italie, Pologne, Pays-Bas, Slovaquie et Suède. Elle s'est déroulée de 2004 à 2006.

(77,9% des soignants des maisons de retraite y sont confrontés souvent contre 43,3% de l'ensemble de l'échantillon).

3.1.3 Vers un cadre spécifiquement adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées

A) Les bonnes intentions existent du fait de l'existence de rapports et préconisations. Le brainstorming permanent entourant les questions récurrentes de qualité dans la prise en charge du sujet âgé atteint de pathologies mentales a abouti à une multitude de recommandations des plus pertinentes à l'occasion de la remise de rapports publics, dont celui de la mission Clery-Melin remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 15 septembre 2003. Par ailleurs, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale intitulée : « Relever les défis, trouver des solutions » qui s'est déroulée à Helsinki (Finlande) des 12 au 15 janvier 2005 s'est conclue par un « Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe » à partir de la « Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe » ; plan d'action qui prône une liste exhaustive de mesures à prendre à l'horizon 2010 en Europe. Cependant, le pilotage effectif de grands projets voire de grandes priorités nationales comme le plan Alzheimer exige une adhésion, une implication de chaque professionnel ; les plus formés constituant le fer de lance, le moteur de la réussite. Simplement, lorsque les effectifs viennent à manquer, la fatigue physique et psychologique s'installe, la motivation s'estompe et les pires travers sont à craindre. Du côté des professionnels : phénomènes d'épuisement au travail ou burn out, fins de carrière précipitées, demandes de mutation, départs pour une aventure en libéral. Cet appauvrissement en quantité mais également en qualité du personnel aboutit à estomper le phénomène de saine concurrence entre professionnels (et d'échange d'expérience). L'émulation, la synergie²⁶ nécessaire à la marche d'une organisation et à son progrès sont ainsi freinées voire annulées par des attitudes antagonistes. Dès lors, l'activité des individus devient purement alimentaire et c'est à ce moment là que surgissent les plus graves dysfonctionnements. Ainsi du côté résident ou patient, la maltraitance sous toutes ses formes (violence physique, morale, négligence,...) peut apparaître de manière insidieuse parfois « à l'insu du plein gré » des professionnels dépassés par la complexité de leur mission.

B) Des besoins à anticiper

Avec le vieillissement de la population, toutes les prévisions s'accordent sur l'augmentation prévisible de la prévalence des états démentiels (Alzheimer et autres

²⁶ La synergie (travailler ensemble) en sociologie est un phénomène par lequel plusieurs facteurs ou influences agissant ensemble créent un effet plus grand que la somme des effets attendus s'ils avaient opéré indépendamment, ou créent un effet que chacun d'entre eux n'aurait pas créé isolément.

démences) dans la population : l'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée, en projection, à partir de l'enquête PAQUID²⁷ effectuée par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) à Bordeaux entre 1998 et 2003, à 135.000 nouveaux cas, dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 85 ans. 17.8 % des personnes de plus de 75 ans sont atteintes par la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées, soit 765.000 personnes. Plus de 75 % des personnes souffrant de pathologies démentielles vivent à domicile, y compris à un stade évolué de la maladie. Alors que les estimations actuelles évaluent à environ 400.000 les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les projections dont on dispose prévoient un doublement du nombre de malades entre 1990 et 2026. Les pouvoirs publics ont d'ailleurs pris la mesure de cet effet collatéral du vieillissement de la population et de nombreuses mesures sont annoncées. Ainsi, dans le cadre de la future gouvernance de l'hôpital, le Président de la République, Nicolas Sarkozy a notamment appelé à un « changement complet de gouvernance de l'hôpital, de fond en comble » en 2008²⁸ : les structures hospitalières sous utilisées devront être transformées pour « accueillir des personnes âgées qui ont du mal à trouver un hébergement adapté à leurs besoins ».

3.2 Réussir la coordination entre diverses structures pour articuler au mieux l'offre

3.2.1 Des dispositifs adaptés

Afin de pouvoir spécialiser l'offre des établissements qui accueillent les personnes âgées présentant des troubles psychiatriques, il devient urgent de rattraper certains retards. En effet, force est de constater que l'offre de soins a pris du retard par rapport aux troubles induits par l'avancée en âge de la population. En particulier, bien que présents, selon les institutions et le degré de prise en compte, chez 30 à 60% des patients hébergés, les troubles cognitifs sont très généralement laissés pour compte : ni les services de psychiatrie, ni les autres établissements ne sont, dans leur majorité, véritablement capables de les assumer.

Des locaux adaptés aux troubles du comportement, déficitaires ou autres (déambulation, agitation, risque nosocomial, climatique, dangerosité) sont aujourd'hui indissociables d'une prise en charge optimale, ce qui peut éviter des hospitalisations psychiatriques

²⁷ PAQUID est une étude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible. Cet objectif est réalisé au moyen de la mise en place d'une cohorte de 4134 personnes âgées en Gironde et en Dordogne, suivies depuis 1988 et jusqu'à au moins 2003.

²⁸ Conférence de presse du 8/01/2008 au palais présidentiel, en présence du Premier ministre et de toute l'équipe gouvernementale sur la « politique de civilisation ».

inadéquates. Le projet avancé de restructuration de la maison de retraite de Coutras prend bien sur en compte cette donnée fondamentale d'un projet architectural pertinent avec ces nouveaux besoins et cohérent vis-à-vis des affichages politiques (aménagement notamment d'une unité spécifique Alzheimer). Il en va de même du CH de Libourne qui a dans le cadre de la démarche de rédaction de son projet d'établissement pour la période 2007-2011 (avec le nouveau projet médical et la mise en place de pôles d'activité) réactualisé son plan directeur (outil de lisibilité du devenir patrimonial hospitalier sur les périodes 2007-2011).

Il ressort ainsi comme inévitable d'offrir des dispositifs adaptés à la prise en charge des patients associant pathologie (physique et/ou mentale) et dépendance (physique et/ou mentale). La dichotomie pathologie / dépendance, dont découle la dichotomie soin /hébergement, n'est pas adaptée à la prise en charge globale du sujet âgé, dont la pathologie mentale relève souvent de l'intrication de causes physiques, psychiques et sociales. Les nouveaux projets d'établissement et plan directeur du CH ont donc su prendre en compte la nécessité de :

- prévoir des unités de soins de suite psychogériatriques adaptées à ces pathologies (en moyens humains et architecturaux) ainsi que des structures d'hébergement capables d'accueillir les dépendants psychiques âgés (Rappelons à cet égard qu'une grande partie de la désinstitutionnalisation s'est faite par le transfert de ces patients de l'hôpital psychiatrique vers les maisons de retraite, faute de mieux) ;
- renforcer les moyens en personnel en nombre, en qualification et en spécialisation car le besoin en temps de psychiatre, psychologue, psychomotricien, assistante sociale est très souvent pointé, de même que le besoin de soutien spécifique des équipes gériatriques (personnel souvent isolé, en particulier la nuit) ;
- adapter les locaux au plan architectural avec des chambres seules, des espaces protégés, clos et surveillés par sécurité, réservés aux patients présentant des états démentiels ;
- répondre au besoin de répit des familles, par des mesures d'aide aux familles aidantes à domicile, des places d'hébergement temporaire en EHPAD ou dans des services gériatriques (accueils ou hôpital de jour) ;
- développer les conventions entre structures sanitaires et établissements pour personnes âgées afin d'assurer une meilleure continuité des soins. L'exemple original de la maison de retraite de Coutras (établissement autonome) ayant conclu une convention de gestion avec le CH de Libourne constitue une avancée

significative dans cette recherche de rupture de l'isolement de petites structures parfois désarçonnées face à des pathologies diverses ;

- renforcer le rôle de l'EHPAD (Fondation Sabatié) dans la prise en charge des personnes âgées connaissant des troubles psychiatriques, l'idéal étant d'augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement, en lien avec le développement d'équipes mobiles de psychiatres, le tout formalisé par convention avec le secteur, en vue d'améliorer les complémentarités en aval et en ayant recours à des psychologues et à du personnel paramédical (psychomotriciens, orthophonistes).

3.2.2 La nécessaire coordination au bénéfice d'une prise en charge de qualité

Les enjeux et les intérêts d'une bonne coordination entre les acteurs sont importants et multiples. Il devient donc nécessaire de procéder à cette mise en réseau des partenaires et au développement des collaborations. Pour la personne âgée dépendante c'est la possibilité :

- d'une information actualisée, centralisée et complète,
- d'une prise en charge formalisée, évaluée et coordonnée,
- d'une prise en charge à domicile prolongée si elle le souhaite et permettant d'éviter ou de retarder une entrée en institution,
- d'une meilleure implication de tous les professionnels dans la conception et la mise en œuvre d'un plan d'aide ou d'un plan d'action,
- d'une identification de « référents » dans chaque domaine du plan d'accompagnement,
- d'une mobilisation plus efficace des services et des prestations nécessaires pour le maintien à domicile, permettant une meilleure anticipation ou gestion de crise,
- de la prise en compte de ses choix à travers la possibilité de participer à l'élaboration du plan d'accompagnement soit directement soit par l'intermédiaire d'un proche.

Pour le professionnel, c'est :

- le renforcement d'un travail de partenariat avec les autres professionnels de champs différents,
- l'opportunité de développer de nouvelles modalités de travail qui lui permettront de mieux répondre aux attentes des personnes,
- des gains de temps et de meilleures conditions de travail.

Au niveau institutionnel, c'est enfin :

- la mise en œuvre d'une véritable coordination de proximité dans une approche globale de la personne,
- une meilleure utilisation des moyens, en évitant notamment des hospitalisations ou des accueils en établissement non justifiés.

3.2.3 Une coordination prémisses à la mise en place de réformes volontaristes

A) La filière de soins

Les personnes âgées sont particulièrement exposées aux risques de dépression et de souffrance psychique. De plus, un nombre croissant de personnes souffre d'une maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée. Dans tous les cas, les besoins des personnes doivent être pris en compte dans leur globalité, en évitant toute rupture ou inadéquation dans la prise en charge, y compris sur le plan de la santé mentale. La circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique s'inscrit dans cette logique d'articulation et d'intégration entre les différents acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. De plus, la circulaire n°2002-207 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS de troisième génération définit comme prioritaire la prise en charge psychiatrique des personnes âgées. Au niveau national, l'affichage politique en direction du public dépendant et de ses aidants familiaux se veut volontariste voire philanthropique. En témoigne les discours présentant la création d'une cinquième branche de sécurité sociale dont le public âgé dépendant devrait profiter : « Pour ceux qui ne veulent plus ou ne peuvent plus rester à domicile », il faut mener « une ambitieuse politique en créant des établissements en nombre suffisant, médicalisés, et où le reste à charge puisse rester supportable pour les familles », est-il dit²⁹.

B) Encourager les bonnes pratiques de recrutement et de formation et la valorisation des métiers de la dépendance

Dans ce sens, le CH de Libourne tout comme l'EHPAD de Coutras doivent adapter ou compléter leurs projets d'établissement afin d'affirmer leurs résolutions.

a) *Les bonnes pratiques de recrutement et de formation*

²⁹ Déclaration de M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque au Sénat le 17/01/2008.

Comme il l'a été décrit précédemment, la majorité des personnes âgées sont confrontées à des limitations somatiques ou cognitives et à des pertes de différente nature (éloignement, séparation, deuil) associées souvent à la dernière période de la vie. Chez les personnes âgées, les pathologies non décelées ou non traitées (dépression, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, abus d'alcool, anxiété, psychose tardive...) peuvent devenir invalidantes voire fatales. Le risque de suicide très élevé dans cette tranche d'âge est la conséquence fréquente d'un état dépressif. Le diagnostic et le traitement des pathologies mentales des personnes âgées peuvent confronter les professionnels insuffisamment formés à des difficultés particulières du fait de l'interaction entre les troubles, l'état de santé global et l'altération des fonctions cognitives. Le nouveau projet d'établissement du CH de Libourne axe d'ores et déjà d'importants efforts sur le volet des bonnes pratiques de ressources humaines en coordination avec d'autres établissements du même champ situés à proximité comme l'EHPAD de Coutras mais également une multitude de structures d'accueil. Tout cela afin d'atteindre de nouveaux standards de bonnes pratiques visant notamment à :

- développer ces « bonnes pratiques » en recrutement, formation et évaluation des personnels, pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes atteintes de troubles psychiques ou de maladies chroniques et d'agir sur la prévention des risques professionnels grâce notamment à la GPEEC (Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences) ;
- généraliser ces bonnes pratiques professionnelles, en construisant et diffusant des référentiels. Ceux conçus par l'UNA³⁰ pourraient servir de modèles. Il s'agit de référentiels de bonnes pratiques professionnelles pour l'accompagnement à domicile des personnes en fin de vie, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants familiaux, des personnes atteintes de troubles psychiques, de maladies chroniques, en situation de handicap ;
- Mettre en oeuvre des actions de sensibilisation et de professionnalisation collective avec notamment l'organisation ou la participation à des journées nationales et régionales thématiques comme cela s'est déjà produit³¹.

³⁰ Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, membre de l'Union de syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale (USGERES).

³¹ Le CH de Libourne (notamment son service formation permanente), l'Unafam de la Gironde et le groupe local « Travailler avec les familles » ont réuni le 12/10/2007 à Garderose 240 soignants, étudiants infirmiers, familles, partenaires médico-sociaux mais aussi patients autour du thème : « Patients, soignants, famille, société, quels partenariats en santé mentale ? ».

b) S'inscrire dans la démarche de valorisation des métiers de la dépendance prônée par les pouvoirs publics

Lors du lancement du plan des métiers de la dépendance le 12 février 2008 à Paris, la secrétaire d'Etat à la solidarité, Valérie Létard, a affiché parmi de nombreux objectifs, l'identification des besoins et la valorisation des métiers au service des personnes handicapées et âgées. Elle a précisé que les besoins de recrutement au niveau national dans ce secteur étaient estimés à 400.000 emplois à l'horizon 2015, dont 200.000 emplois liés aux départs en retraite dans les dix ans à venir et 200.000 liés à des créations d'emplois dues aux mesures nouvelles en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, et notamment les créations de places en établissements.

Une des priorités est de « faciliter l'identification des besoins »: il s'agit de « connaître le nombre de personnes diplômées par an et par filières, les candidats et les diplômées à la validation des acquis de l'expérience (VAE), celles exerçant dans le secteur de l'aide à domicile et celles ayant une première qualification et en recherche d'emploi ».

La seconde priorité est de « recruter pour répondre aux besoins actuels et futurs ». Ce recrutement pourra se faire auprès du grand public, des jeunes qui seront sensibilisés dès le collège et le lycée et des publics en situation difficile. Une campagne de communication sera réalisée pour améliorer l'attractivité de ces métiers auprès de ces publics. Les publics en situation difficile pourront accéder aux métiers de la dépendance en s'appuyant sur un nouvel outil : le parcours d'accès aux métiers de la dépendance (Parmed).

La troisième priorité du plan est de « former pour mieux accompagner les personnes et pour mieux reconnaître les compétences des professionnels », a indiqué la secrétaire d'Etat. Pour cela, il est proposé de développer des passerelles et des tronc communs de formation entre les différents secteurs, comme la petite enfance, les personnes âgées et les personnes handicapées. Valérie Létard a souligné la nécessité « d'imaginer les formations permettant de créer de nouveaux métiers (...) ceux liés au handicap ou aux maladies dégénératives ».

La dernière priorité porte « sur la valorisation des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes ». Cette reconnaissance passe par la création d'un « répertoire national des métiers de la dépendance expliquant la nature de chaque métier, les possibilités d'évolutions de formations et de perspectives professionnelles ».

Au niveau de Libourne et Coutras, il apparaît dès à présent pertinent d'entreprendre cette campagne de communication à l'intention du personnel peu qualifié désirant évoluer professionnellement ; car pour n'importe quel type d'organisation, la première cible à viser en matière de communication reste son personnel.

C) Se préparer au nouveau pilotage régional

Plusieurs éléments militent pour un pilotage régional de l'ensemble de l'offre de services hospitaliers, médico-sociaux et de ville : une multiplicité d'acteurs autour de chaque problématique, l'incidence sur le tissu économique et les pôles de compétitivité de la recherche et de l'innovation en santé ou les compétences attribuées aux conseils régionaux en matière de formation professionnelle. C'est pourquoi il est devenu nécessaire de favoriser un investissement fort du niveau régional dans l'organisation de l'offre de soins et de clarifier les responsabilités aujourd'hui diluées dans un empilement de dispositifs qui créent probablement plus d'antagonismes que de synergie. C'est ainsi que l'idée de substitution d'Agences Régionales de Santé (ARS) aux Agences régionales d'hospitalisation (ARH) sera bientôt concrétisée³². Les ARS seront notamment chargées de : coordonner les institutions existantes en développant leurs synergies ; organiser les professionnels en réseaux coordonnés et gradués assurant une prise en charge globale des personnes et des problèmes de santé, évaluant leurs pratiques autour de l'amélioration de la qualité et de la réalisation des objectifs contractualisés avec l'ARS ; coordonner les actions avec les autres acteurs de santé, du social et du médico-social. Dans ce dernier cadre, l'ARS assurera la représentation et la coordination de l'action publique en matière sanitaire avec les collectivités locales en charge du médico-social. De ce fait, la réflexion sur la rédaction des futures conventions avec l'ARS (de type CPOM³³) à Libourne et à Coutras ne peut que se poursuivre afin d'accompagner au mieux cette réforme d'envergure.

3.3 L'action sur les mentalités et la réputation

3.3.1 L'importance d'un grand nombre d'acteurs à impliquer

A la lecture du projet d'établissement du CH de Libourne 2007-2011 (tome 2, Politiques et Orientations), il est patent que dans le domaine des personnes âgées et de la psychiatrie, toute la mesure des actions à compléter ou à engager en terme d'effectifs, de formation spécifique, de locaux adaptés et de travail en réseau coordonné dans un proche avenir a été prise. Cependant, au-delà de ce travail très concerté et des affichages politiques, il apparaît également important d'engager parallèlement une démarche de valorisation d'un type de prise en charge incontournable en l'agrémentant d'appâts spécifiques au libournais (atouts environnementaux et pratiques du libournais).

³² Le projet de loi relatif à la politique de santé publique daté du 25/01/2007 créant notamment les ARS est consultable sur http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/sante_publicque.asp

³³ Pour l'organisation médicale actuelle, le CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), déclinaison opérationnelle du PMT (Projet médical de territoire) est négocié entre chaque établissement et l'ARH. Il se décline en Projet d'établissement.

En effet, réussir une démarche d'amélioration nécessite de convaincre de son intérêt collectif et individuel. Conduire le changement qui facilitera la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles mentaux sur le libournais en articulant au mieux les secteurs sanitaires et médico sociaux nécessitera un élan nouveau, une plus forte mobilisation donc des synergies. Les partisans d'approches managériales de type socio dynamique (le mouvement par les hommes) recommandent de s'appuyer sur les « alliés » du projet d'amélioration qui entraîneront les hésitants et les passifs (les plus importants en nombre) par leur synergie en contenant les « grognons », les opposants, les révoltés et les déchirés (les antagonistes). Toutefois, l'enquête présentée dans ce mémoire tend à démontrer que le nombre « d'alliés » reste trop faible pour annihiler tous les antagonismes. L'action préalable sur les mentalités s'avèrera donc déterminante.

3.3.2 Des conditions du changement de mentalité réunies dans le secteur sanitaire et médico social

Une mentalité, dans le langage courant, désigne un état d'esprit, une façon de voir les choses, associée automatiquement à des mœurs observées dans des comportements. Les mentalités des professionnels du soin et de divers accompagnants (au CH de Libourne entre autres) à propos des personnes âgées atteintes des troubles évoqués doivent à présent évoluer pour que les institutions puissent bénéficier d'un optimum d'acteurs mobilisés.

D'après Alex MUCCHIELLI³⁴, pour que les mentalités puissent évoluer et changer, il faut et il suffit que trois conditions générales soient réalisées simultanément :

1. que la situation exerce une pression suffisamment forte sur le groupe pour que cette pression soit ressentie par la majorité des acteurs (effet de contexte) ; qu'il existe des zones de libertés possibles dans la société (changement du contrôle social³⁵) et,
2. que les acteurs aient connaissance de modèles socioculturels nouveaux, répondant aux nouveaux besoins et suffisamment valorisés.

Il semble donc évident qu'en matière de prise en charge de personnes âgées atteintes de troubles mentaux, les conditions de changement des mentalités soient réunies sur le libournais, en France et dans nombre de sociétés occidentales : la pression démographique de ce type de population satisfait la première condition, des possibilités de réussite rendues possibles par l'environnement technique (recherche encouragée) ou économique (nouveaux moyens alloués) participe à satisfaire à la deuxième condition et

34 Alex MUCCHIELLI, *Les mentalités*, pages 65 à 74, collection Que sais-je, éditeur : PUF, dépôt légal : mars 1985.

35 Contrôle social : ensemble des moyens exercés par un groupe pour faire respecter ses normes et ses règles (Alex MUCCHIELLI).

l'existence de nombreuses expérimentations dans l'amélioration de l'accueil de ces personnes (comme « l'humanité³⁶ ») satisfait à la troisième condition.

Il convient dès lors de porter et d'accompagner ce changement ; ce qui est du ressort en première intention du Directeur d'établissement au niveau local. Mais pour cela, la restauration d'une bonne réputation est essentielle

3.3.3 Veiller à la bonne réputation des deux établissements

L'une des « plaies » du CH de Libourne découverte lors de l'enquête auprès de nombre d'interlocuteurs tant institutionnels que privés (membres du personnels de tous corps et grades, représentants des usagers dans les différentes instances, « réflexions » de la population libournaise) est manifestement une réputation plutôt négative en ce qui concerne notamment l'accomplissement personnel de ses agents (ambiance de travail conflictuelle, absentéisme élevé, dialogue difficile avec la hiérarchie, personnel en souffrance,...). Etats de faits ou rumeurs tenaces, il est toutefois patent qu'une bonne réputation ou un certain prestige ne nuit jamais (surtout lorsque le besoin de recruter du personnel très qualifié devient urgent). Ce problème avait déjà été évoqué à propos du recrutement infirmier sur Libourne. Il s'avérait ainsi que les décisions de postuler au CH découlaient au final de réseaux informels comme le bouche à oreille ou de considérations négatives et peu avouables sur certains secteurs de l'hôpital (gériatrie et psychiatrie).

L'EHPAD de Coutras a souffert, pour sa part, pendant de nombreuses années d'un certain manque de considération du fait d'une direction défailante (ayant d'ailleurs fait l'objet d'une condamnation pénale). Par la suite, la coopération avec le CH de Libourne grâce à une convention de gestion liant les deux établissements a permis de corriger cette tendance et aboutit aujourd'hui à susciter de l'optimisme pour l'avenir (restructuration de l'établissement notamment).

Dans le secteur privé concurrentiel (social ou pas), l'image de marque de l'entreprise est devenue un facteur très concret. Elle influence le recrutement, la signature des partenariats, le chiffre d'affaires (et le cours de Bourse). Le CH de Libourne et l'EHPAD de Coutras, bien qu'établissements publics auraient tort de négliger cette image de marque, surtout au moment d'accompagner les réformes induites par le vieillissement de la population avec la recrudescence des troubles de nature psychiatrique. A l'heure du développement durable et de la nouvelle gouvernance, la réputation est une valeur montante. On ne badine plus avec l'image de marque d'une organisation tant ses racines semblent aujourd'hui prendre naissance au coeur des activités : qualité du recrutement, transparence financière, gestion des ressources humaines....

36 La "Philosophie de l'humanité" basée sur les concepts de Bienveillance, de Règles de l'Art dans le soin, regroupe un ensemble de théories et pratiques originales pour au final accompagner les personnes âgées « dans la tendresse et le respect de l'autonomie, debout, jusqu'à la fin ».

Une fois ce changement de mentalité clairement constaté et la réputation améliorée, la pleine mobilisation des énergies pourra produire des effets bénéfiques pour tous dans une optique gagnant-gagnant.

Ainsi d'après une étude datée de novembre 2003³⁷, il est vrai auprès de cadres dirigeants d'entreprises privées de tous secteurs, il apparaît que pour entretenir et garantir la réputation de l'entreprise, le Directeur est jugé comme le principal responsable par 65 % des cadres supérieurs. Au plan interne, la capacité de communication est jugée comme l'élément déterminant par 48 % des dirigeants. Viennent derrière, dans un mouchoir de poche, trois autres facteurs clefs : la transparence (39 %), le capital humain (37 %) et la gestion des salariés (37 %). Au plan externe, les degrés d'importance des différents facteurs capables d'influencer l'image de marque de l'entreprise apparaissent bien plus marqués. Largement en tête (78 %), figurent les clients, jugés comme les meilleurs porte-parole de la réputation d'une entreprise. Chez les cadres européens, la tête du classement est inversée. La presse est jugée comme le facteur externe le plus important par 76 % des dirigeants. Aux yeux de ses DG ou PDG, l'influence de la réputation de l'entreprise est même devenue un élément concret de leur mission. Selon eux, cette réputation joue notamment un rôle décisif dans le recrutement et la fidélisation des salariés (73 %), la signature de partenariats (61 %) et dans l'évolution du chiffre d'affaires (56 %). De la même manière que le partenariat entre le CH de Libourne et l'EHPAD de Coutras (convention de gestion avec direction commune) a pu relever ce dernier et lui conférer une nouvelle image de marque (un nouveau label), l'accompagnement de la personne âgée atteinte de troubles mentaux au sein d'un réseau coordonné comme il l'est préconisé portera lui-même un message nouveau propre à redonner du sens aux missions de ses composantes (dont le CH de Libourne qui profitera ainsi des effets de synergie). Quant à la mesure de cette réputation, il ne peut être que regretté que les classements annuels de journaux périodiques (L'Express, Le Point, Le Mensuel Des Maisons De Retraite) très largement relayés par les média audiovisuels excluent de facto la psychiatrie ou les EHPAD publics. La presse locale ainsi que le secteur associatif d'influence (Lions club,...) doit donc être sollicité ; si possible par un véritable service de communication dédié comme à Libourne (animant notamment un site Internet interactif) pour relayer et promouvoir les actions entreprises et solliciter de nouvelles idées.

³⁷ Source : www.journaldunet.com/management. Etude de Korn/Ferry International réalisée pour le compte du cabinet de conseil en communication Hill & Knowlton. L'étude a été menée auprès de 257 PDG et directeurs généraux répartis entre l'Europe, les Etats-Unis et l'Asie.

Conclusion

La prise en charge de personnes âgées dépendantes du fait de leurs troubles mentaux en institution sanitaire spécialisée ou en établissement social et médico social nécessite donc une implication pleine et entière de tous les acteurs de terrain. Pour susciter fierté et passion chez les aidants institutionnels, clés de voûte d'une qualité optimisée, une formation adéquate et continue ainsi que la perspective d'être épaulés (sécurisés physiquement, techniquement et psychologiquement) s'avère incontournable (car on aime ce que l'on maîtrise). La mise en réseau des structures telle qu'elle est engagée dans le libournais participe de cette démarche rendue indispensable par l'évolution du contexte sociodémographique.

Il convient cependant d'éviter certains écueils. En effet, l'individualisation des parcours de la personne âgée permise par des démarches de type réticulaire dépend des engagements personnels des uns et des autres. Même si la coopération entre les acteurs du secteur psychiatrique et du secteur social et médico social avec leur mise en réseau paraît incontournable, leur collaboration est loin d'être acquise. Les cas sont fréquents sur une même ville comme Libourne de constater de très grandes différences d'implication des secteurs psychiatriques dans les réseaux. De même, la participation de la psychiatrie de ville est très aléatoire. Le phénomène bien connu de la « patate chaude » est un autre élément qui peut paralyser le fonctionnement réticulaire ; le réseau devenant alors un espace de rejet au lieu d'être un outil de promotion. Il s'agit donc de neutraliser ce phénomène en le mettant régulièrement en débat entre les acteurs qui entendent collaborer. Pour cela, l'engagement réciproque doit pouvoir être porté par chaque partenaire.

Plus globalement, la perception des troubles mentaux chez chacun évoluera certainement dans le bon sens sous l'impulsion de volontés politiques européennes, nationales et locales affirmées.

Il appartient en outre au directeur d'établissement de piloter localement cette évolution en l'évaluant régulièrement. Il produira ainsi de l'amélioration en développant de la connaissance et en aidant la recherche (par une communication claire), tout en se méfiant des écueils. Car à l'image de la réputation usurpée, un ensemble de promesses à la longue difficilement réalisables enferme les énergies plus qu'elle ne les libère.

Il s'agit enfin de sortir de l'incantation rassurante pour réaffirmer l'importance d'une prise en charge de qualité pour les personnes âgées dépendantes du fait d'un trouble mental, en s'inspirant au besoin des meilleurs exemples étrangers.

Bibliographie

Ouvrages

CASH A., 2004, *La psychologie*, First Editions, 290 pages.

COLUCCI M., DI VITTORIO RAMONVILLE P., 2005, *Franco Basaglia. Portrait d'un psychiatre intempestif*, Eres, 230 pages.

GIANNAKOPOULOS P., QUARTIER F., 2007, *Un avenir pour la vieillesse - Pratiques cliniques contemporaines en psychiatrie de l'adulte et de l'âge avancé*, Doins éditeurs, 109 pages.

GINESTE Y. PELLISSIER Y., 2007, *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des vieux*, Armand Colin, 319 pages.

JAEGER M. (coordonnateur), 2005, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Dunod Editeur, 1233 pages.

LOUZOUN C. (directeur de collection), 2006, *Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe*, 208 pages.

MUCCHIELLI A., 1985, *Les mentalités*, Presses Universitaires de France, 127 pages.

Articles de périodiques

AZAU J, mai/juin 2008, « Peut-on changer l'image des établissements », *ADEHPA/AD-PA*, p. 5.

BIENVAULT P., 25/10/2004, « La psychiatrie en crise », *Journal La croix*.

CREMIEUX F. (entretien avec Paulette Guinchard et Sylvie Legrain), janvier 2007, « La dépendance du grand âge », revue *Esprit*, p.118 à 129.

CASTANDET F., décembre 2007, « Patients, soignants, famille, société, quels partenariats en santé mentale ? », *Reflets*, p.2.

DARCOURT G., 2000, « Vieillesse normale et vieillissement pathologique », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 7p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, octobre 2004, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », *Etudes et résultats*, n° 347.

FONDATION MEDERIC ALZHEIMER, avril 2008, *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*.

GAUTHIER P. (interviewé), 17/02/2000, « L'esprit de la réforme de la loi de 1975 », *Lien social*, dossier n° 519.

GAUTHIER S., DAHMANI A., mai 2006, « Ages et motifs d'admission en unité de soins de longue durée », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, p. 240 à 243.

MERCUEL Alain, « Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives », *Pluriels*, p.1 à p.5.

MNASM, avril 2008, « La santé mentale du sujet âgé », *Pluriels*, p. 11.

MNASM, mars/avril 2005, « Six expériences en psychiatrie des personnes âgées » *Pluriels*, p.1.

VASSILIEFF L., JALENQUES I., ALBUISSON E., COUDERT A.J., 1997, « Etude comparative de personnes âgées ayant des pathologies psychiatriques en long séjour et maison de retraite médicalisée. A partir de 252 cas », *Annales de psychiatrie*, p. 133 à 141.

Bilans, rapports publics

CHARZAT M. (parlementaire en mission), mars 2002, rapport à Madame Ségolène ROYAL, Ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches ».

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 11 avril 2002, Rapport présenté au comité consultatif de santé mentale par le Groupe de travail relatif à l'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé.

MNASM, mai 2003, rapport sur l'organisation de la psychiatrie au centre hospitalier Charles Perrens, disponible sur Internet : www.mnasm.com

CLERY-MELIN P., KOVESS.V. , PASCAL J.C., 15 /09/2003, rapport d'étape de la mission Clery-Melin remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale ».

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, mars 2006, Rapport n° 2005179 d'évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux présenté par Mme F. BAS-THERON et C. BRANCHU, Membres de l'IGAS.

COMMISSION NATIONALE CHARGEE DE L'ELABORATION DE PROPOSITIONS POUR UN PLAN NATIONAL CONCERNANT LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES MALADIES APPARENTEES, présidée par Monsieur le professeur MENARD. 8 novembre 2007. Rapport remis au Président de la République. Disponible sur Internet : www.premier-ministre.gouv.fr

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET GERONTOLOGIE, décembre 2007, « Dépression chez le sujet âgé en EHPAD ; Eléments de bilan de l'expérimentation dans le département de la Gironde ».

COMMISSION DE CONCERTATION SUR LES MISSIONS DE L'HOPITAL, présidée par M. Gérard LARCHER, 10 avril 2008. Rapport final remis au président de la République, disponible sur Internet :

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG//PDF/rapport_Larcher_definitif.pdf

Conférences, études, plans, schémas

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale intitulée : « Relever les défis, trouver des solutions » des 12 au 15 janvier 2005 à Helsinki (Finlande), disponible sur Internet : www.euro.who.int/document/mnh/fdoc07.pdf

Conférence de consensus Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité » des 24 et 25 novembre 2004 à Paris au ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers

Etude européenne PRESST NEXT (Nurses' early exit study) sur la situation de travail et de vie des personnels soignants ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur métier. Disponible sur Internet : www.presst-next.fr

Etude épidémiologique PAQUID sur le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans. Résultats de janvier 2004 disponibles sur Internet :

www.isped.u-bordeaux2.fr/RECHERCHE/paquid/2004_Resultats_PAQUID.pdf

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Disponible sur Internet : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers

Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 de la région Aquitaine, mars 2006, disponible sur Internet : www.parthage.santre.fr

Schéma départemental gérontologique de la Gironde, 27/03/2008, disponible sur Internet : www.cg33.fr

Documents institutionnels

Projet d'établissement du Centre hospitalier de Libourne 2007-2011, tome 2 « Politiques et orientation », 195 pages.

Plan directeur du CH de Libourne, mai 2008, 80 pages.

Règlement intérieur du CH de Libourne, mai 2006, 103 pages.

Mémoires ENSP

DALY J.C., 2007, *L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie : un enjeu stratégique pour le directeur des soins*. Filière directeurs des soins.

COPIN M., 2007, *La faible attractivité des secteurs de personnes âgées : quelles stratégies pour le directeur des soins ?* Filière directeurs des soins.

Textes législatifs et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. JORF du 14 juillet 1983.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. JORF du 11 janvier 1986.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JORF du 2 août 1991.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JORF du 3 janvier 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi du n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF du 12 février 2005.

Circulaire n°310 du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Circulaire n° 443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents.

Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique.

Circulaire DGS/892/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile.

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études d'infirmier et d'infirmière.

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

Circulaire DGA 5/SD 2 n° 2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.

Circulaire n°507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de troisième génération.

Circulaire interministérielle DREES/ESPAS n°2007-406 du 14 novembre 2007 relative à la réalisation de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2007).

Codes actualisés disponibles sur Internet : www.legifrance.gouv.fr

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

CODE CIVIL

CODE PENAL

Film

TATIE DANIELLE, 4 avril 1990 (date de sortie), durée : 1h 50mn. Réalisateur : Etienne CHATILIEZ

Sites Internet

www.apmnews.com

www.assemblee-nationale.fr

www.conseil-état.fr

www.courdecassation.fr

www.ehesp.fr

www.journaldunet.com

www.lagazette-sante-social.com

www.legifrance.gouv.fr

www.mnasm.com

www.premier-ministre.gouv.fr

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr

www.senat.fr

www.una.fr

www.who.int/fr : site de l'Organisation mondiale de la santé

Site Intranet

Site du CH de Libourne uniquement accessible depuis une structure connectée au réseau informatique du CH.

Liste des annexes

- ANNEXE 1** Questionnaire distribué aux élèves de l'IFSI de Libourne et présentation de tableaux de réponses
- ANNEXE 2** Questionnaire distribué aux cadres et IDE du CH de Libourne, site Robert Boulin et présentation de tableaux de réponses
- ANNEXE 3** Questionnaire distribué au personnel de l'EHPAD de Coutras et présentation de tableaux de réponses
- ANNEXE 4** Questionnaire distribué au personnel du pavillon de psychogériatrie et présentation de tableaux de réponses

ANNEXE 1

Questionnaire à l'attention des élèves de l'IFSI du CH de Libourne

Ce questionnaire est anonyme. Il vise à apprécier l'attractivité de secteurs ou établissements accueillant des personnes âgées (à partir de 60 ans) atteintes de troubles psychiatriques ou neurodégénératifs (type Alzheimer ou apparenté).

1. Est-il dérangeant de travailler dans un service accueillant des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou de démences par rapport à d'autres services de l'hôpital ?
2. Quels sont les désagréments liés à la prise en charge de personnes âgées atteintes de ce type de troubles ? 3. Quelles sont les satisfactions que procure la prise en charge de ces patients (ou résidents pour l'EHPAD) ?
4. Envisagez-vous d'être affecté dans un établissement ou service de l'hôpital accueillant ce type de patient ou résident ?
5. Outre les éventuelles motivations professionnelles, qu'est-ce qui vous pousserait à travailler au service de ce type de public (prime ou congé supplémentaire, offre de formation, facilités de logement, avantages sociaux divers, etc.) ?
6. Etes-vous en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} année de formation ?

Tableaux de réponses :

Tableau I. Elèves de l'IFSI : satisfactions au contact de PA atteintes de troubles psychiatriques ou de démences.

<i>Satisfactions à travailler au contact de personnes âgées atteintes de troubles mentaux divers</i>	<i>Premières année</i>	<i>Deuxièmes année</i>	<i>Troisièmes année</i>
Aucune satisfaction	4	0	0
Intérêt pour les caractéristiques des pathologies traitées	0	1	0
Mise en place de projets grâce à une cohésion d'équipe	0	0	1
Pouvoir relever le défi du maintien en autonomie	0	0	2
Prise en charge globale incluant la famille	0	0	0
Relation privilégiée avec le patient entraînant de multiples satisfactions	16	10	16
Stabilisation de la pathologie	0	1	0

Tableau II. Elèves de l'IFSI : incitations qui seraient appréciées hors motivations professionnelles.

<i>Incitations qui seraient appréciées hors motivations professionnelles</i>	<i>Premières année</i>	<i>Deuxièmes année</i>	<i>Troisièmes année</i>
Aucune	14	3	4
Congé supplémentaire	1	3	2
Équipe jeune	0	0	1
Équipe motivée	1	2	2
Financement de formations avant embauche	0	0	1
Logement	0	0	1
Offres de formation	4	5	9
Organisation horaire (planning) adaptée à la prise en charge de la personne	0	0	1
Organisation horaire (planning) adaptée aux contraintes personnelles	1	1	0
Personnel en nombre suffisant	2	2	2
Prime supplémentaire	2	1	3
Procuration de plaisir (goût pour ce type de travail)	0	1	1
Reconnaissance par les autres professionnels de santé	0	1	0
Revalorisation globale des avantages sociaux et matériels	0	1	0
Statut moins précaire : CDI ou stagiairisation et titularisation rapide	0	0	2
Structures adaptées à l'accueil du public visé	0	1	3

ANNEXE 2

Questionnaire à l'attention du personnel infirmier et cadre de santé du CH de Libourne, site Robert Boulin

Ce questionnaire est anonyme. Il vise à apprécier l'attractivité de secteurs ou établissements accueillant des personnes âgées (à partir de 60 ans) atteintes de troubles psychiatriques ou neurodégénératifs (type Alzheimer ou apparanté).

1. Est-il déroutant de travailler dans un service accueillant des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou de démences par rapport à d'autres services de l'hôpital ?
2. Quels sont les désagréments liés à la prise en charge de personnes âgées atteintes de ce type de troubles ?
3. Quelles sont les satisfactions que procure la prise en charge de ces patients (ou résidents pour l'EHPAD) ?
4. Envisagez-vous d'être affecté dans un établissement ou service de l'hôpital accueillant ce type de patient ou résident ?
5. Outre les éventuelles motivations professionnelles, qu'est-ce qui vous pousserait à travailler au service de ce type de public (prime ou congé supplémentaire, offre de formation, facilités de logement, avantages sociaux divers, etc.) ?
6. Avez-vous suivi vos études infirmières en Gironde ?

Tableaux de réponses :

Tableau III. IDE et cadres du site Robert Boulin : Désagréments liés à la prise en charge de PA atteintes de troubles psychiatriques ou de démences.

<i>Désagréments relevés</i>	<i>Nombre</i>	<i>% des IDE</i>
Agitation, imprévisibilité, bruit	4	8,33
Atteinte de l'image de soi (effet miroir)	1	2,08
Caractère palliatif	1	2,08
Dévalorisation par rapport à un(e) IDE d'un service technique	1	2,08
Difficultés (voire impossibilité) de communication avec la personne accueillie	7	14,58
Épuisement physique ou/et psychique du fait de la charge de travail	9	18,75
Gestion de la prise en charge difficile sur le long terme	4	8,33
Impression de régression	1	2,08
Inaptitude à ce type de prise en charge	1	2,08
Insatisfaction causée par la non réalisation des soins nécessaires	2	4,16
Intégrité physique du soignant menacée	3	6,24
Manque de personnel suffisamment qualifié ou/et en nombre suffisant	21	43,75
Manque de soutien médical	1	2,08
Manque de structures adaptées à ce type d'accueil	15	31,25
Mort imminente	1	2,08
Problèmes avec les autres patients/résidents (peur, rejet)	7	14,58
Problèmes de surveillance accrue	20	41,66
Relations avec la famille	1	2,08
Répétition des tâches	1	2,08
Risque de lassitude, d'agacement, d'anxiété, de dépression du personnel	4	8,33
Risque de maltraitance	3	6,24

Tableau IV. IDE et cadres du site Robert Boulin : satisfactions liées à la prise en charge de PA atteintes de troubles psychiatriques ou de démences.

<i>Satisfactions des IDE</i>	<i>Nombre</i>	<i>% des IDE</i>
Aléatoires (fonction des moyens) ou incertaines (méconnaissance du secteur)	3	6,25
Aucune	20	41,66
Intérêt technique, intellectuel (remise en question permanente, enrichissement personnel)	6	12,5
Prise en charge globale (patient et famille), continuité des soins et suivi à long terme	4	8,33
Réussite dans la communication avec les patients/résidents	7	14,58
Se sentir utile, reconnu grâce à un travail de qualité	13	27,08
Tissage de liens affectifs	2	4,16
Travail dans un cadre sécurisé	1	2,08

Tableau V. IDE et cadres du site Robert Boulin : incitations qui seraient appréciées hors motivations professionnelles pour un travail au service de PA atteintes de troubles psychiatriques ou de démences.

<i>Incitations</i>	<i>Nombre</i>	<i>% des IDE</i>
Aide au logement	3	6,25
Avantages sociaux divers	7	14,58
Congés supplémentaires	12	25
Durée d'affectation réduite	1	2,08
Effectifs supplémentaires	5	10,42
Equipe pluridisciplinaire	1	2,08
Equipes fixes et volontaires	1	2,08
Formation adaptée (initiale et continue)	13	27,08
Horaires aménagés	3	6,25
Locaux adaptés	1	2,08
Personnel en nombre suffisant	5	10,42
Prime ou augmentation de salaire	19	39,58
Rien	19	39,58
Soutien psychologique	1	2,08
Vécu personnel (entourage proche)	1	2,08

ANNEXE 3

Questionnaire aux personnels de l'EHPAD Primerose

Ce questionnaire est anonyme. Les questions auxquelles vous allez répondre visent à mieux comprendre les réactions de personnes travaillant à la maison de retraite Primerose de Coutras.

1. Quels sont votre grade et fonction au sein de la maison de retraite (infirmière, cuisinier,...)
2. Quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit quand on vous dit « psychiatrie » ?
3. Avez-vous dans votre entourage (amis, famille) des personnes relevant d'un accueil similaire à celui que vous assurez ici
4. Souffrent-ils d'un trouble de type psychiatrique ?
5. Les troubles psychiatriques auxquels vous êtes parfois confrontés sont-ils selon vous définitifs ? Non, ils sont guérissables. Peut être guérissables. Pas guérissables.
6. D'après vous, les résidents ont-ils conscience de leur état de santé mentale réel ?
7. Vous en parlent-ils ?
8. Avez-vous parfois peur de ces résidents ? Si oui pourquoi (risque d'agression,...).
9. D'où viennent-ils ? D'une maison de retraite. D'un domicile particulier. Autre (précisez).
10. Pensez-vous que les médecins et le personnel soignant sont en mesure de guérir/soulager ? L'état des connaissances (la science) le leur permet. Ils ne pourront pas faire grand-chose. Au moins, le patient sera ici en sécurité. Au moins, les proches et la société seront en sécurité.
11. Pensez-vous que vous-même pouvez faire quelque chose de plus en dehors des gestes de soin ?
12. Quels sont les éléments positifs de la prise en charge des résidents à Coutras selon vous (exemples : les résidents gardent le moral, ils rencontrent souvent leurs médecins, etc.) ?
13. Quels sont les éléments négatifs de la prise en charge des malades à Garderose (exemples : les résidents sont très déprimés, les infirmières ne sont pas disponibles, etc.) ?
14. Globalement, la prise en charge médicale... Ne vous rassure pas du tout. Vous rassure un peu. Vous rassure beaucoup.
15. Pensez-vous que certains résidents relèvent d'une prise en charge psychiatrique (ont-ils leur place à Coutras)?
16. Seraient-ils mieux en institution spécialisée ?
17. Pourquoi (pas) ?
18. Globalement, comment envisagez-vous leur avenir ?

Tableaux de réponses :

Tableau VI. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : évocations du terme « psychiatrie ».

Réponses	Agent de service hospitalier	Aide soignant(e)	Stagiaire	Anonyme ³⁸	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total
aide		1			1	2
alcoolique				1		1
colère		1				1
cycle	1					1
déconnexion	1					1
demande		1				1
démence	3	1				4
dépendance	1			1		2
dépression, dépressif	3	1	1			5
déséquilibré		1				1
désespérance				1		1
désocialisation		1				1
drogue				1		1
encadrement					1	1
enfermement	1	1				2
folie	3	2	2	1		8
hôpital	1					1
mal être		1	2			3
malade	1	1				2
malades mentaux	2	1				3
mental					1	1
Personne en danger	1					1
personne handicapée	1					1
personnes dangereuses	1					1
soins	1					1
souffrance	1			1		2
soutien		1				1
trouble du comportement	1					1

Tableau VII. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : perceptions de la possibilité de guérison des troubles psychiatriques.

Réponses	Agent de service hospitalier	Aide soignant(e)	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des réponses
Non, ils sont guérissables						0	0
Ils sont peut être guérissables	5	4		1	2	12	63,16
Ils ne sont pas guérissables	3	1	1	1		6	31,58
Sans opinion				1		1	5,26

³⁸ Professionnel n'ayant pas renseigné la question sur le grade et la fonction

Tableau VIII. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : possibilité de guérir/soulager par les médecins et les soignants.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des réponses
Au moins, le résident sera ici en sécurité	4	1	1	2	1	9	36
Au moins, les proches et la société seront en sécurité	2			1		3	12
Ils ne pourront pas faire grand chose		1		1		2	8
L'état des connaissances (la science) le leur permet	4	4			1	9	36
Pas de réponse	1				1	2	8

Tableau IX. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : implication et actions en dehors des gestes de soins.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total
Oui	4	4	1	1	1	11
Non	3	1		1	1	6
Incertain : double réponse	1			1		2
Trouver et faire de l'animation		1				1
Trouver des solutions pour gérer la crise		1				1
Présence, protection, sécurité	2					2
Prendre le temps de parler avec eux	1	1				2
Les soutenir (sur le plan moral notamment)	1	1		1		3
Etre à l'écoute, parler	1		1			2
Apporter de l'amitié, de la tendresse, du réconfort		1		1		2
Aider à approcher d'autres résidents		1				1
Aide à l'orientation		1				1

Tableau X. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : conscience des patients de leur état de santé mentale réel.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des agents
Oui	1					1	5,26
Non	4	3		2	1	10	52,63
Incertain où parfois	3	2	1	1	1	8	42,11

Tableau XI. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : dialogue des patients sur leur état de santé mentale.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des agents
Oui	5	2				7	36,84
Non	3	3	1	3	1	11	57,89
Incertain où parfois					1	1	5,26

Tableau XII. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : peur des résidents.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des agents
Oui	2	3		2	1	8	42,11
Non	5	2	1	1	1	10	52,63
Incertain où parfois	1					1	5,26

Tableau XIII. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : origine des résidents.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des réponses
Autre lieu sans précision		1			1	2	7,69
D'un domicile particulier	2	2		1	1	6	23,08
D'une autre maison de retraite	1		1		2	4	15,38
Hôpital	2					2	7,69
Ne sais pas	1			1		2	7,69
Résidence pour personnes âgées		1				1	3,85
Service de psychiatrie	4	3		2		9	34,62

Tableau XIV. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : éléments positifs de la prise en charge des résidents.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des réponses
Bon encadrement permettant une prise régulière des traitements	1	1				2	6,9
Ces résidents ne sont plus jugés comme des fous	1					1	3,45
Création de liens entre résidents	2					2	6,9
Echanges verbaux amicaux avec le personnel		1				1	3,45
Ecoute			1			1	3,45
Effort fait pour remonter le moral	2	1				3	10,34
Les résidents ont l'air d'apprécier la structure		1				1	3,45
Maintien de l'autonomie			1			1	3,45
Maintien du contact avec les médecins		1		1	2	4	13,79
Maison de retraite placée près de leurs anciens lieux de vie		1				1	3,45
Mise en place d'un dispositif adapté à la personne			1			1	3,45
Pas de réponse	3			2		5	17,24
Plaisanter avec eux		1				1	3,45
Plus de sécurité qu'à domicile	1	1				2	6,9
Prise en charge effective par une équipe disponible ; souriante	1	2			1	4	13,79

Tableau XV. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : éléments négatifs de la prise en charge des résidents.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des réponses
Certains résidents sont difficiles à gérer					1	1	2,7
Défauts de conception		1				1	2,7
Environnement vétuste		1				1	2,7
Les infirmières ne sont pas (toujours) disponibles		1			1	2	5,4
Maison de retraite trop grande		1				1	2,7
Manque de personnel	3	3	1	1	1	9	24,32
Manque de relation entre résident et personnel		1				1	2,7
Pas assez de temps pour être à leur écoute ; faire de l'animation	1	3		1		5	13,51
Pas d'animation adaptée à leur état				1		1	2,7
Pas d'éléments négatifs	4			1		5	13,51
Pas de suivi au quotidien				1		1	2,7
Peu d'intimité lors de la visite des proches		1				1	2,7
Peu de visites pour certains	1					1	2,7
Solitude	1					1	2,7
Structure pas adaptée	1			1	1	3	8,11
Temps d'adaptation variable	1					1	2,7
Trop de résidents		1				1	2,7
Un médecin doit être appelé si besoin		1				1	2,7

Tableau XVI. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : perception globale de la prise en charge.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des soignants
Ne vous rassure pas du tout		1		1		2	10,53
Vous rassure un peu	4	4			1	9	47,37
Vous rassure beaucoup	3		1	1	1	6	31,58
Pas de réponse	1			1		2	10,53

Tableau XVII. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : perception de la nécessité de prise en charge psychiatrique de certains résidents.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des soignants
Ne relèvent pas tous d'une prise en charge psychiatrique				1		1	5,26
Ont leur place à Coutras	2	2				4	21,05
Pas de réponse	1					1	5,26
Peuvent dans certaines conditions être pris en charge à Coutras	1	1				2	10,53
Relèvent d'une prise en charge psychiatrique hors Coutras	4	2	1	2	2	11	57,89

Tableau XVII. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : perception de la nécessité de prise en charge en institution spécialisée.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des soignants
Non		1				1	5,26
Oui	6	2	1	1	2	12	63,16
Pas de réponse	2	1		1		4	21,05
Pas forcément		1				1	5,26
Selon la pathologie				1		1	5,26

Tableau XIX. Personnel de l'EHPAD Primerose de Coutras : perception de l'avenir des résidents.

Réponses	ASH	AS	Stagiaire	Anonyme	Personnel technique (maintenance et cuisine)	Total	% des réponses
Bon sous condition de prise en charge adaptée		1		1		2	10
Dans notre maison de retraite (bonne adaptation)	1					1	5
Difficile ; chaotique	1	1				2	10
Difficile à évaluer	1				2	3	15
La mort		1				1	5
Mieux suivis				1		1	5
Pas de réponse	5	1				6	30
Placement en institution spécialisée			1	1		2	10
Plus libres qu'en psychiatrie, pas enfermés, moins isolés		1				1	5
Sereins, sans souffrance		1				1	5

ANNEXE 4

Questionnaire aux personnels soignants et hôteliers :

Ce questionnaire est anonyme. Les questions auxquelles vous allez répondre visent à mieux comprendre les réactions de personnes travaillant à l'hôpital Garderose (pavillon 42) afin de les mettre en perspective avec les impressions des accompagnants familiaux.

1. Quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit quand on vous dit « psychiatrie » ?
2. Avez-vous dans votre entourage (amis, famille) des personnes relevant d'un accueil similaire à celui que vous assurez ici
3. De quel type de trouble s'agit-il ?
4. Est-ce selon vous définitif ? Non, c'est guérissable. Peut être guérissable. Pas guérissable.
5. D'après vous, les patients ont-ils conscience de leur état de santé réel ?
6. les revoyez vous régulièrement ?
7. D'où viennent-ils ? D'une maison de retraite. D'un domicile particulier. Autre (précisez).
8. Pensez-vous que les médecins et le personnel soignant sont en mesure de guérir/soulager ? L'état des connaissances (la science) le leur permet. Ils ne pourront pas faire grand-chose. Au moins, le patient sera ici en sécurité. Au moins, les proches et la société seront en sécurité.
9. Pensez-vous que vous-même pouvez faire quelque chose de plus en dehors des gestes de soins ? Si oui, quoi ?
10. Quels sont les éléments positifs de la prise en charge des patients à Garderose selon vous (exemples : les patients gardent le moral, les médecins sont très disponibles, etc.) ?
11. Quels sont les éléments négatifs de la prise en charge des malades à Garderose (exemples : les malades sont très déprimés, les médecins ne sont pas disponibles, etc.) ?
12. Globalement, la prise en charge médicale... Ne vous rassure pas du tout. Vous rassure un peu. Vous rassure beaucoup.
13. Pensez-vous que les patients relèvent d'une prise en charge psychiatrique (ont-ils leur place à Garderose)?
14. Seraient-ils mieux en maison de retraite ?
15. Pourquoi (pas) ?
16. Globalement, comment envisagez-vous leur avenir ?

Tableaux de réponses :

Tableau XX. Personnel du pavillon de psychogériatrie de Garderose : évocations du terme « psychiatrie ».

Réponses	1ère position	2ème position	3ème position	Total
Appréhension			1	1
Attitudes		1		1
Démence			2	2
Difficulté à s'assumer	1			1
Difficultés	1			1
Equanil ; traitement		1	1	2
Hôpital Garderose	2		1	3
Inadaptation à la vie sociale		1		1
Internement	1			1
Maladie	1			1
Maladie mentale	2			2
Mental		1		1
Pavillon 42		1	1	2
Pavillon fermé		1		1
Perte d'autonomie		1	1	2
Psychogériatrie	1			1
Souffrance			1	1
Travail dévalorisé		1		1
Troubles du comportement ; de la personnalité	1	2	1	4

Tableau XXI. Personnel du pavillon de psychogériatrie de Garderose : conscience ; retour et origine des patients.

Réponses	Oui	Non	Oui et Non	Maison de retraite	Domicile particulier	Autres services hospitaliers
Questions						
D'après vous, les patients ont-ils conscience de leur état de santé réel ?		8	3			
Les revoyez vous régulièrement ?	9	2				
D'où viennent-ils ?				10	10	1

Tableau XXII. Personnel du pavillon de psychogériatrie de Garderose : perceptions de la possibilité de guérison des troubles psychiatriques.

Réponses	Nombre	% des réponses
L'état des connaissances (la science) le leur permet	3	14,26
Ils ne pourront pas faire grand chose	3	14,26
Au moins, le patient sera ici en sécurité	7	33,33
Au moins, les proches et la société seront en sécurité (ou soulagés)	7	33,33
Aucune réponse	1	4,76

Tableau XXIII. Personnel du pavillon de psychogériatrie de Garderose : implication et actions en dehors des gestes de soins.

Réponses	Nombre
Pas de réponse	1
Oui	5
Non	5
Accompagner les patients et leur famille à prendre les bonnes décisions	1
Dans l'approche relationnelle ; écouter ; rassurer	3
Aider à l'autonomie	1
Accueil et réponse aux questions des familles	1

Tableau XXIV. Personnel du pavillon de psychogériatrie de Garderose : éléments positifs de la prise en charge des patients.

Réponses	Nombre	% du personnel
Personnel motivé au service des patients	2	18,18
Soins relationnels (écoute, attention, animations proposées)	1	9,09
Cadre agréable	1	9,09
Aucun élément positif ou pas de réponse	7	63,64

Tableau XXV. Personnel du pavillon de psychogériatrie de Garderose : éléments négatifs de la prise en charge des patients.

Réponses	Nombre	% des réponses
Prise en charge psychologique des patients insuffisante	1	6,25
Pas de suivi des patients en dehors de l'hôpital	1	6,25
Manque de disponibilité médicale	8	50
Patients déprimés, se sentant abandonnés	1	6,25
Pas de réponse ou simple réponse affirmative	2	12,5
Pas de réelle connaissance des démences	1	6,25
Personnel en sous effectif	1	6,25
Locaux	1	6,25

Tableau XXVI. Personnel du pavillon de psychogériatrie de Garderose : perception de la prise en charge médicale et possible orientation des patients.

<i>Réponses</i>	<i>Oui</i>	<i>% de oui</i>	<i>Non</i>	<i>% de non</i>
La prise en charge médicale ne vous rassure pas du tout	6	54,54		0
La prise en charge médicale vous rassure un peu	4	36,36		0
La prise en charge médicale vous rassure beaucoup		0		0
Ils ont leur place à Garderose en psychiatrie (ou psychogériatrie)	4	36,36	2	18,18
Certains ont leur place à Garderose en psychiatrie	4	36,36		0
Ils seraient mieux en maison de retraite (éventuellement adaptée)	3	27,27	3	27,27
Certains seraient mieux en maison de retraite	3	27,27	1	9,09
Ne se prononce pas	1	9,09		0

Tableau XXVII. Personnel du pavillon de psychogériatrie de Garderose : perception du devenir des patients.

<i>Réponses</i>	<i>Nombre</i>	<i>% du personnel</i>
Accueillis dans une structure adaptée avec une équipe pluridisciplinaire en nombre suffisant	2	18,18
Cela dépend de différentes choses, états	2	18,18
En EHPAD malheureusement	1	9,09
Pas de réponse	1	9,09
Triste ; mauvais ; dégradé ; difficile car peu de structures adaptées	5	45,45