



La personne porteuse de troubles psychotiques en EHPAD : entre attentes et réalité, rôle de l'IDEC

Directeur de mémoire : **M^{me} FEUILLEBOIS Brigitte**

M^{me} BIRRIEN Virginie

M^{me} FAUCHART Stéphanie

M. FEDERICO Alexandre

M^{me} ICHIM Daniela

M^{me} RABAHI Ghania

DU Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur (trice) d'EHPAD et de SSIAD (IRCo) -
2022-2023

Remerciements

M^{me} FEUILLEBOIS BRIGITTE notre directrice de mémoire qui a su nous soutenir, conseiller, diriger notre réflexion.

M^{me} MARTINET LAURENCE cadre de santé et Mme BENAKMOUME RACHIDA qui ont lu notre mémoire et nous ont conseillé.

Les professionnels de santé qui ont répondu à nos questionnaires.

Les professionnels de santé qui ont effectué des entretiens avec nous.

SOMMAIRE

Introduction	p3
Problématique	p4
I. L'intégration d'une personne psychotique âgée au sein d'une structure accueillant des personnes âgées dépendantes	p8
A. La personne psychotique	p8
1. Le champ de la psychiatrie en France	
2. La pathologie psychotique et sa prise en soin dans l'offre actuelle	
3. La personne porteuse de psychose et son vieillissement	
B. La personne psychotique âgée	p11
1. Démographiques relatives aux personnes âgées en France et situation des personnes psychotiques âgées	
2. Son devenir institutionnel à l'entrée dans l'âge	
3. Le cas de l'hébergement en EHPAD	
C. La structure institutionnelle	p13
1. Rôle de l'institution dans la pathologie psychotique	
2. L'approche pluridisciplinaire	
3. L'équipe soignante managée par l'IDEC	
II. Méthode d'enquête	p16
A. Méthode	p16
B. Données des questionnaires et entretiens	p17
C. Analyse	p20
III. Conclusion	p24
IV. Résumé	p25
V. Abstract	p26
VI. Bibliographie	p27
VII. Annexes	p29
A. Questionnaire préliminaire	p29
B. Questionnaire IDEC	p30
C. Guide entretien psychologue	p34
D. Guide entretien ASH	p35

Introduction

Mr Goce Smilevski a écrit : « On peut dire que chaque trouble psychiatrique appartient à son époque, mais aussi que les particularités les plus singulières de la folie individuelle se retrouvent d'une époque à l'autre ».

Ces troubles ont toujours existé et ils sont nommés différemment selon l'époque. On a longtemps parlé de folie. De nos jours, on parle de personnes porteuses de troubles psychiatriques. La personne est dissociée de sa pathologie qui est reconnue comme telle, l'intégration dans la société va être recherchée.

En parallèle, l'actualité relate régulièrement des faits divers particulièrement violents sur le personnel soignant dont les auteurs sont des personnes porteuses de troubles psychiatriques ce qui induit et/ou majore l'appréhension quant à leur prise en soin.

L'espérance de vie augmentant, à leurs troubles se rajoutent les pathologies dues au vieillissement. Il est donc nécessaire de s'interroger sur le devenir des personnes porteuses d'un trouble psychiatrique.

Nous avons donc porté plus particulièrement notre questionnement sur la prise en soin des personnes porteuses d'un trouble psychotique en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Problématique

Nous sommes un groupe de 5 infirmiers travaillant en EHPAD¹, en service de psychiatrie et à domicile.

Ensemble, nous avons échangé sur nos expériences professionnelles autour de la prise en soin des résidents psychotiques. Nous avons rapidement constaté des difficultés communes.

Afin d'approfondir le sujet, nous avons effectué des recherches bibliographiques portant sur la thématique des résidents psychotiques accueillis en EHPAD.

Nous avons réalisé une enquête exploratoire, dans plusieurs EHPAD pour déterminer si les problématiques qui ressortaient lors de nos discussions étaient retrouvées et nous avons pu, ainsi, objectiver notre réflexion.

Un questionnaire préliminaire² a été distribué aux IDEC³ de 15 établissements publics et privés.

Au total, 14 questionnaires nous ont été retournés dont 2 questionnaires non exploitables car ces EHPAD n'accueillent pas de résident psychotique.

Cela nous a permis de mettre en évidence que la majorité des résidents accueillis dans les EHPAD était issue d'un service psychiatrique hospitalier avant l'admission. Les difficultés de prise en soin que nous constatons dans notre quotidien professionnel sont partagées par les équipes des établissements ayant répondu à l'enquête.

En effet, dans les situations où le résident était jusqu'alors hospitalisé en service de psychiatrie, les difficultés rencontrées se situent dès l'admission en EHPAD car cela engendre un changement de statut ainsi qu'une perte de repère.

Une personne atteinte de maladies psychotiques peut être amenée à être hospitalisée en service de psychiatrie, elle est alors nommée « patient ».

Lors de l'admission dans un EHPAD elle est nommée « résident ».

Dans les services de psychiatrie les patients sont pris en soin de façon quotidienne par une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, aide-soignant, infirmier...) ce qui induit un cadre rassurant pour le patient.

En EHPAD, ils intègrent un lieu de vie considéré comme leur domicile. Le personnel, moins nombreux que dans les secteurs de soin, n'est pas ou peu formé à cette prise en soin et ne dispose pas souvent de professionnel tel que psychiatre et psychologue. Ces changements peuvent être perturbants car la personne quitte un secteur de soin avec des règles liées à l'hospitalisation pour un lieu d'hébergement avec des règles liées à la collectivité.

L'auteur Georges Jovelet souligne dans un article que « *Le passage des soixante ans de patients issus de structures psychiatriques vers des établissements médico-sociaux type EHPAD amène à penser l'articulation fonctionnelle et la complémentarité de ces structures, la première délivrant des soins avec hébergement, la seconde un hébergement et des soins* ». ⁴

Cette transition est bien souvent insuffisamment préparée et peu travaillée en amont. Nous faisons ce constat en nous appuyant par ailleurs sur un autre article écrit par Georges Jovelet « *Le passage du domicile, d'un appartement thérapeutique ou de l'hôpital vers un EHPAD induit une rupture. Le patient devient un résident, il est confronté à des personnes plus âgées – avec un écart de l'ordre d'une génération.*

¹ EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes

² Cf annexe A Questionnaire préliminaire

³ IDEC infirmière diplômée d'état coordinatrice

⁴ Georges Jovelet.2018. Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et vécu traumatique. L'information psychiatrique,2018/4 volume 94, p. 275-280.

*L'ambiance soignante n'est pas la même, les équipes n'ayant ni l'expérience dans ce domaine ni le désir d'assurer des accompagnements, parfois décidés rapidement et sans concertation. Le changement d'appartenance au groupe entraîne des difficultés d'adaptation ».*⁵

Face à ces changements, il n'est pas rare d'observer une majoration des troubles anxio-dépressifs et délirants.

M. Georges Jovelet précise dans son article que « *les changements de conditions de vie, ou de résidence sont classés au 28 et 32^e rang sur 43 de l'échelle de Homes et Rahe* ».⁶

L'équipe de l'EHPAD sera-t-elle en mesure de repérer rapidement une aggravation des troubles psychiques et d'adapter leurs prises en soins nécessaires ?

Il arrive que les informations transmises, qu'il s'agisse du diagnostic psychiatrique ou de l'histoire de vie du résident, soient incomplètes voire imprécises. La plupart des dossiers d'admission dans les EHPAD mettent davantage l'accent sur l'autonomie du patient que sur les diagnostics médicaux. Les informations reçues sont générales et ne précisent pas toujours l'histoire de la maladie.

Georges Jovelet explique également que le motif d'admission n'est pas souvent la conséquence d'une perte d'autonomie due à l'âge mais davantage un défaut de logement du résident ainsi que l'engorgement des services psychiatriques qui ne peuvent plus se permettre de monopoliser les lits des patients chroniques.

Emilienne Malfatto, dans un article publié sur le site Famidac, pointe également un « *facteur aggravant : un contexte économique défavorable à l'hospitalisation de longue durée. Car l'hôpital psychiatrique coûte cher. Très cher* ».⁷

Ces patients chroniques des services psychiatriques sont donc orientés dès l'âge de 60 ans voire moins en EHPAD.

Sachant que d'après la DREES⁸ « *En France, fin 2019, 730 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes de 75 ans ou plus et un peu moins d'un tiers de celles de 90 ans ou plus. L'âge moyen est de 86 ans* ».⁹

Comment le résident psychotique perçoit-il et accepte-t-il cette orientation qu'il n'a souvent pas choisie ?

Le résident psychotique stabilisé après 60 ans, ne trouve plus sa place ni dans les MAS¹⁰, FAM¹¹ et service de psychiatrie. Il se retrouve ainsi à devoir changer de lieu d'habitation.

Le résident psychotique trouvera-t-il sa place parmi la population des EHPAD ?

La difficulté de cohabitation avec les autres résidents peut être source de conflits et parfois d'agressivité.

Aussi, comme l'aborde Patrick Dagonnot dans un entretien avec Isabelle Bilger¹², il peut exister une confusion entre la psychiatrie du sujet âgé et les troubles

⁵ Georges Jovelet. 2019. Quelle place en EHPAD pour les personnes âgées dite « psychotique » ? Vivre avec le vieillissement, Rhizome 2019/4 N°74 p. 10.

⁶ibid.

⁷ Famidac. Quand les fous vieillissent. (Consulté en février 2023). <https://www.famidac.fr/?Quand-les-fous-vieillissent>

⁸ DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

⁹ DREES. Études et Résultats. Juillet 2022. n° 1237 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

¹⁰ MAS maison d'accueil spécialisé

¹¹ FAM foyer d'accueil spécialisé

¹² Patrick Dagonnot Défi psychiatrique en EHPAD : entretien avec Isabelle Bilger. Le journal des soins en EHPAD, 9 février 2022

neurodégénératifs (exemple de l'orientation en unité Alzheimer des résidents atteints d'un trouble psychiatrique).

Il semblerait que les résidents psychotiques doivent faire face une représentation erronée et stigmatisante de leur pathologie.

Comme l'écrit Guy Darcourt, « *La stigmatisation que subissent ces personnes est double puisque, à celle de la psychose, s'ajoute celle de l'exclusion. [...] Les travailleurs sociaux et les soignants en psychiatrie ne se livrent certes pas à une stigmatisation active, ces personnels ont une éthique qui leur interdit le rejet ou toute appréciation péjorative mais, sans s'en rendre compte, il leur arrive de pratiquer une stigmatisation « par omission », n'assurant pas à ces sujets tous les soins dont ils pourraient bénéficier. Cela tantôt par manque de formation, tantôt par analyse insuffisante de la situation* ». ¹³

La relation de soin peut être significativement impactée en EHPAD avec l'échec de la relation soignant soigné. Cette situation est également décrite par M. Hottart, V. Palomba-Lebaron et J.-C. Fisher, « *un second niveau de difficultés est alors à considérer, l'échec de la relation thérapeutique soignant-soigné ayant comme conséquence l'épuisement professionnel* ». ¹⁴

Par ailleurs, les équipes en EHPAD ne semblent pas formées pour accueillir cette population spécifique, au comportement souvent atypique, ce qui engendre beaucoup d'appréhension et parfois même de la peur. Cela implique une collaboration avec les hôpitaux psychiatriques, les CMP ¹⁵ et les équipes mobiles de psychiatrie qui peut s'avérer insuffisante et inégale selon les territoires.

Les professionnels de santé des EHPAD déplorent un manque de formation, de moyens et de temps pour assurer le bien-être de ces résidents au profil atypique. Ces différentes thématiques sont ainsi explorées dans le livre de Georges Jovelet. ¹⁶

Devant le manque de structure adaptée pour accueillir les psychotiques vieillissants, les EHPAD ont leur rôle à jouer mais il n'y a cependant pas ou peu de politique publique en faveur de la prise en charge des troubles psychiatriques en EHPAD.

Nous nous sommes donc questionnés sur la manière de prendre en soin ces résidents afin d'optimiser au mieux leur intégration au sein des EHPAD.

Comment l'IDEC peut-il permettre et faciliter cette transition au sein de cette nouvelle communauté qui regroupe des résidents aux profils différents ?

Comment peut-il organiser au mieux l'admission du résident psychotique afin qu'il profite pleinement de son nouveau lieu de vie ?

Et comment peut-il accompagner l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD dans cette nouvelle orientation de prise en soin ?

Cette phase exploratoire nous a amené à affiner davantage notre réflexion et à démontrer qu'il existe une problématique sur l'accueil d'une personne âgée psychotique dans un lieu de vie en collectivité.

¹³ Darcourt Guy.2007. La double stigmatisation des personnes atteintes de psychose et désocialisées. L'information psychiatrique. 2007/8 (Volume 83), pages 671 à 673

¹⁴ M.Hottart, V.Palomba-Lebaron, J.-C.Fisher. 2019. Stratégie d'accueil d'une population psychotique vieillissante en EHPAD. French Journal of Psychiatry, december 2019 volume 1 supplement 2 p.132

¹⁵ CMP centre médico psychologique

¹⁶ Georges Jovelet. 2017. Ces psychotiques qui vieillissent. ISBN 978-2-7420-1465-1. Montrouge : Éditions John Libbey Eurotext. 210 p.

Notre question de départ est :

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, dans quelle mesure l'IDEC peut-il assurer une prise en soin plus spécifique du résident psychotique en EHPAD ?

I. L'intégration d'une personne psychotique âgée au sein d'une structure accueillant des personnes âgées dépendantes

A. La personne psychotique

Les pathologies psychiatriques ainsi que les symptômes qui en découlent provoquent des comportements hors normes bien souvent mal perçus par la société.

Il n'est par exemple pas rare que des faits de violence induits par une maladie mentale soient relatés dans l'actualité, ce qui interpelle l'opinion publique et attise la peur du « fou ».

Selon l'OMS¹⁷, les signes courants de la psychose sont :

« Hallucinations : Le patient entend des voix qui ne sont présentes que dans l'esprit du patient, ou voit des choses, les sent ou les ressent ou tout cela ensemble.

Délires : Le patient a une croyance irréaliste et ferme liée à un objet, un événement ou une personne. Rien ne peut le convaincre que son idée est fautive, même s'il existe des preuves claires prouvant le contraire.

Discours incohérent et sans rapport avec le sujet : sauter d'un sujet à un autre sans lien rationnel, ou dire des phrases incomplètes.

Comportement non naturel : comportement désorganisé, errer sans but, marmonner ou rire avec soi-même, apparaître avec une apparence étrange ou ne pas prêter attention à son apparence.

Perturbation des émotions : comme être indifférent ou avoir des sentiments inappropriés ». ¹⁸

1. Le champ de la psychiatrie en France

La psychiatrie est une « Spécialité médicale consacrée à l'étude, au diagnostic et au traitement des maladies mentales »¹⁹

Le terme psychiatrie, qui étymologiquement signifie médecine de l'esprit a été inventé en Allemagne par Johann Christian REIL en 1808.

Cette branche de la médecine a eu pour but « d'ouvrir un domaine nouveau d'expertise, en arrachant les aliénés aux empiriques, aux hommes de loi, aux philosophes et aux prêtres, et en les confiant à des médecins spécialistes, capables de les reconnaître et de les soigner ». ²⁰

En France, c'est à la date de 1793, entrée de Philippe Pinel à l'hôpital Bicêtre, que l'on associe généralement le début de la psychiatrie. Considéré comme le fondateur de la psychiatrie en France, il va faire de la folie une maladie mentale.

Par la suite, en 1838, une loi institue les conditions de l'internement ainsi que le statut des asiles et oblige chaque département français à ouvrir un établissement public réservé à l'internement et au traitement des malades mentaux.

La psychiatrie englobe une vaste gamme de pathologies, notamment les troubles de l'humeur (comme la dépression et les troubles bipolaires), les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques (comme la schizophrénie), les

¹⁷ OMS Organisation Mondiale de la Santé

¹⁸ OMS - https://applications.emro.who.int/docs/EMRPUB_leaflet_2019_mnh_223_en.pdf?ua=1&ua=1

¹⁹ Jaques Postel – Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique – Editions Larousse, 1998

²⁰ Jacques Hochmann « Histoire de la psychiatrie » la Nouvelle Imprimerie Laballery octobre 2022

troubles du comportement alimentaire, les addictions, les troubles du développement chez les enfants...

Les deux classifications les plus reconnues des troubles psychiatriques sont celles de la CIM-11 (classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé et celle du DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) publié par l'Association américaine de psychiatrie.

Les soins psychiatriques sont principalement dispensés dans les hôpitaux psychiatriques, dans les unités de soins psychiatriques des hôpitaux généraux, dans les cliniques spécialisées en psychiatrie, dans les CMP et les CMPP²¹.

Les patients peuvent également consulter des psychiatres en pratique privée.

Toute personne est libre de choisir de s'adresser au professionnel ou à l'équipe de santé mentale de son choix conformément au code de la santé publique (article L3211-1 modifié par la loi numéro 2011-803 du 5 juillet 2011).

Néanmoins, concernant l'offre de soin des hôpitaux publics, chaque département est découpé en secteurs afin de répondre aux besoins en proximité.

La circulaire du 15 mars 1960 est le texte originel relatif à la sectorisation. Par la suite la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 donnera un statut juridique au secteur psychiatrique et la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 intégrera les secteurs dans la carte sanitaire générale.

Le secteur en psychiatrie couvre, en matière de soin en santé mentale, une aire géographique d'environ 70 000 habitants. Des soins curatifs et préventifs y sont dispensés dans différentes structures intra-hospitalières et extrahospitalières énumérées et définies par l'arrêté du 14 mars 1986.

Les soins psychiatriques sont coordonnés par les psychiatres.

Ce sont des médecins spécialisés, habilités à évaluer les patients, à poser des diagnostics, à prescrire des médicaments et à proposer des psychothérapies.

Ils travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de la santé tels que les psychologues, les infirmiers et les travailleurs sociaux, pour permettre une prise en soin globale des patients atteints de troubles mentaux.

La santé mentale est une « *aptitude au psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre* (J. Sutter) ». ²²

Selon l'OMS, la santé mentale est une composante essentielle de la santé, elle-même définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». ²³

La santé mentale ne se définit donc pas seulement comme l'absence de troubles et/ou de handicaps mentaux. C'est « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté* ». ²⁴

²¹ CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

²² Jaques Postel – Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique – Editions Larousse, 1998

²³ OMS – La santé mentale : renforcer notre action – <http://www.who.int/fr/>

²⁴ Ibid.

2. La pathologie psychotique et sa prise en soin dans l'offre actuelle

Commençons par définir le trouble mental :

D'après Harold Kaplan, « *Un trouble mental est une maladie caractérisée par des manifestations psychologiques et comportementales, associées à une souffrance significative et à un dysfonctionnement ; il est provoqué par des altérations biologiques, sociales, psychologiques, génétiques, physiques ou chimiques. Chaque maladie présente des signes et symptômes caractéristiques* ». ²⁵

Concernant la pathologie psychotique :

L'OMS définit la psychose comme une « *condition pathologique qui affecte l'esprit d'une personne et déforme la façon dont elle pense et comprend le monde qui l'entoure. Le malade perd le contact avec la réalité et ne se rend pas compte que ses pensées et ses perceptions sont irréelles et qu'il ressent de la peur ou de la détresse. Les personnes souffrant de détresse mentale sont incapables de s'acquitter de leurs responsabilités habituelles liées à la famille, au travail, à l'école ou aux activités sociales. Les patients psychotiques sont rarement caractérisés par la violence et l'agressivité. Ils sont plus susceptibles d'être victimes de violence et de violations des droits humains* ». ²⁶

Dans son ouvrage « *Ces psychotiques qui vieillissent* » Georges Jovelet écrit : « *Ces patients sont plus souvent que d'autres personnes âgées l'objet de violence, de racket, de spoliation. Ils peuvent être squattés, être évincés de leur logement ou faire l'objet d'abus de faiblesse* ». ²⁷

Dans ce même ouvrage, il explique qu'en psychiatrie classique adulte, les psychoses comprennent les schizophrénies, la psychose maniaco-dépressive dite troubles bipolaires et les délires chroniques (paranoïa, psychose hallucinatoire chronique).

La prise en soin de la pathologie psychotique dans l'offre de soins en France implique les soins médicaux, les psychothérapies et les techniques de réhabilitation psychosociales.

La prise en charge médicale des troubles psychotiques comprend généralement l'utilisation de médicaments antipsychotiques. Ces médicaments sont conçus pour aider à gérer les symptômes de la psychose, tels que les hallucinations, les délires et les troubles de la pensée.

Concernant les psychothérapies, différentes approches peuvent être utilisées, notamment les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies familiales et les thérapies d'intégration sociale. Ces thérapies visent à réduire les symptômes et aident les patients à mieux gérer leur maladie.

La réhabilitation psychosociale vise à aider les personnes atteintes de pathologie psychotique à retrouver leur autonomie et à s'intégrer dans la société.

Dans certains cas, l'hospitalisation peut être nécessaire, particulièrement lors des crises aiguës de psychose.

La prise en charge de la pathologie psychotique nécessite un suivi régulier. Cela implique des consultations régulières avec un psychiatre et un accompagnement par des équipes spécialisées.

²⁵ Harold Kaplan, Sadock Benjamin – Psychiatrie clinique – Editions Pradel, 2e édition, 2005, p.27

²⁶ OMS - https://applications.emro.who.int/docs/EMRPUB_leaflet_2019_mnh_223_en.pdf?ua=1&ua=1

²⁷ Georges Jovelet. 2017. *Ces psychotiques qui vieillissent*. ISBN 978-2-7420-1465-1. Montrouge : Éditions John Libbey Eurotext. 33p.

Dans l'ensemble, l'objectif de la prise en charge de la psychose est d'aider les personnes atteintes à gérer leurs symptômes, à améliorer leur qualité de vie et leur fonctionnement dans la vie quotidienne.

Il convient de noter que la prise en charge de la pathologie psychotique peut varier en fonction des ressources disponibles dans chaque région, de l'accès aux soins et des préférences individuelles du patient.

3. La personne porteuse de psychose et son vieillissement

Le vieillissement peut avoir un impact significatif sur les patients atteints de troubles psychotiques tels que la schizophrénie notamment sur le plan cognitif. Les risques de comorbidités et d'isolement social sont également plus importants.

Le vieillissement normal s'accompagne souvent d'un déclin cognitif léger, mais chez les patients psychotiques, ce déclin peut être plus prononcé. Des fonctions cognitives telles que la mémoire, l'attention, la résolution de problèmes et la vitesse de traitement de l'information peuvent se détériorer davantage chez les patients âgés atteints de troubles psychotiques. Il est à souligner que des patients ont un risque plus élevé de développer une démence.

Les patients psychotiques vieillissants ont un risque accru de développer des comorbidités telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, souvent en lien avec l'utilisation des médicaments psychotropes au long cours. Ces traitements peuvent d'ailleurs avoir des effets secondaires plus prononcés chez les patients âgés ce qui nécessite souvent d'abaisser les posologies. On observe donc parfois une majoration des troubles psychotiques.

Concernant l'isolement, le vieillissement peut entraîner une diminution des interactions sociales, en particulier chez les patients psychotiques qui peuvent déjà avoir des difficultés à nouer des liens. Lors d'un changement de lieu de vie ces difficultés peuvent s'accroître.

En effet dès son admission en EHPAD, le patient devient résident. Nouvel environnement, nouvelles règles (souvent plus souples) et personnels soignants non formés à la psychiatrie.

Pour autant, les troubles psychotiques sont toujours présents et peuvent remettre en question la place du résident au sein de l'EHPAD.

La prise en soin du résident en équipe pluridisciplinaire devra se réfléchir différemment afin de prendre en compte les spécificités de la pathologie psychotique.

B. La personne psychotique âgée

1. Données démographiques relatives aux personnes âgées en France et situation des personnes psychotiques âgées

D'après les différentes recherches et lectures faites on peut s'apercevoir que la population française vieillissante est en augmentation.

Selon l'INSEE²⁸, « *Au 1er janvier 2020, la population française continue de vieillir. Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,5 % de la population* ». ²⁹

²⁸ INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economique

²⁹ INSEE - Tableaux de l'économie française Édition 2020 paru le 27/02/2020

L'INSEE a publié une étude réalisant ainsi une projection sur les années à venir : « *En 2050, près d'un habitant sur trois aurait plus de 60 ans, contre un sur cinq en 2005. Les proportions de jeunes et de personnes d'âges actifs diminueraient. Au 1er janvier 2050, la France compterait alors sept habitants âgés de 60 ans ou plus pour dix habitants de 20 à 59 ans. Ce ratio aurait presque doublé en 45 ans* ». ³⁰

D'après ces lectures nous pouvons supposer que l'augmentation du vieillissement et de ce fait de l'âge de la population entrainera forcément des conséquences sur le devenir de la personne à son domicile.

L'INDED³¹ a d'ailleurs publié une étude en ce sens : « *La notion d'âge évolue avec le vieillissement : en termes d'années "restant à vivre", les septuagénaires d'aujourd'hui sont semblables aux "sexagénaires" d'hier. Les années de vie gagnées au fil des décennies se sont accompagnées pour partie de troubles fonctionnels, car les progrès médicaux, sanitaires et sociaux ont permis à bien plus de personnes, y compris certaines fragiles, d'atteindre les grands âges, auxquels les problèmes de santé sont courants. Ces troubles entraînent parfois des difficultés dans certaines activités* ». ³²

L'évolution du vieillissement et de l'âge concerne également la personne âgée psychotique.

Georges Jovelet proposait quelques chiffres en 2010 : « *En France, les malades psychiatriques âgés de plus de 60 ans représentent 18 % de la population souffrant de troubles mentaux (12 % des hommes et 24 % des femmes). Un patient schizophrène sur 7 aurait plus de 65 ans* ». ³³

2. Son devenir institutionnel à l'entrée dans l'âge

La population âgée dite psychotique a un profil particulier. Souvent, dès leurs plus jeunes âges, ces personnes sont institutionnalisées dans les services de psychiatrie, dans des FAM ou dans des MAS.

Lors de leur entrée en âge ils ne peuvent plus rester dans ces institutions soit à cause de leur âge (60 ans) soit à cause de la diminution de lit en service de psychiatrie. Ils sont alors orientés vers les EHPAD.

D'après Georges Jovelet, « *entre 35 000 à 40 000 résidents psychotiques séjournent aujourd'hui dans les EHPAD, c'est-à-dire qu'il y a plus de patients « chroniques » dans ces structures non spécialisées, que dans nos hôpitaux* ». ³⁴

3. Le cas de l'hébergement en EHPAD

L'EHPAD est un établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante. Pour être admis en EHPAD, la personne âgée doit avoir au moins 60 ans et avoir besoin d'aide et de soins quotidiens pour les actes de la vie courante. Les personnes de moins de 60 ans peuvent toutefois avoir une dérogation pour pouvoir rentrer en EHPAD.

³⁰ Économie et Statistique n° 408-409 - 2007 paru le 1/05/2008

³¹ INDED : Institut national d'étude démographique

³² INDED.2021. Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés

³³ Georges Jovelet.2010. Psychose et vieillissement. L'information psychiatrique 2010/1 volume 86, page 39

³⁴ Georges Jovelet.2018. Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et vécu traumatique. L'information psychiatrique,2018/4 volume 94, p. 275-280.

Cette dérogation est accordée par l'administration du département où se trouve l'EHPAD.

Ces institutions ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.

La moyenne d'âge des personnes entrant en EHPAD étant de 86 ans selon la DREES, nous constatons donc un écart d'âge important avec les personnes âgées dite psychotiques.

L'écart d'âge influe sur la relation et les soins prodigués car, souvent, les résidents psychotiques sont principalement en perte de domicile plutôt qu'en perte d'autonomie. Dans un article de Famidac « quand les fous vieillissent »³⁵, un directeur d'EHPAD évoque les difficultés des équipes, les difficultés des résidents de se retrouver avec des personnes plus âgées et inversement, les problématiques de site peu ou pas adapté, l'abandon financier de la psychiatrie malgré les mesures actées lors des assises de la santé mentale en 2021. En effet, deux mesures peuvent avoir un impact sur la personne âgée psychiatrique avec « *l'augmentation de 400 emplois à temps plein pour les CMP adultes sur 3 ans et l'augmentation de 20 équipes mobile en EHPAD* ». ³⁶

L'entrée en EHPAD est souvent qualifiée de dernière demeure de la personne. A 60 ans cela peut être déstabilisant et source de décompensation de la pathologie psychiatrique.

Georges Jovelet souligne qu'il « *convient de signaler un point spécifique, fréquemment constaté et source de décompensation dès l'admission en EHPAD : une angoisse de mort est mobilisée à l'entrée et peut s'amplifier au fil du temps et de la survenue de décès* ». ³⁷

De plus lorsque le patient arrive en EHPAD, le fonctionnement de sa prise en charge peut entraîner des perturbations sur son état mental. En effet son suivi ne sera plus quotidien (psychiatre et équipes présents dans le service de soins) mais plutôt mensuel avec un relais dans le CMP ou l'EMPSA³⁸. Cela impactera ses repères car il changera de référents et de lieu de consultation.

C. La structure institutionnelle

1. Rôle de l'institution dans la pathologie psychiatrique.

L'EHPAD se doit d'assurer la continuité des soins du résident.

Afin d'accueillir des résidents porteurs d'une pathologie psychotique, l'institution doit s'adapter et opter pour un fonctionnement institutionnel permettant au résident d'évoluer dans un milieu sécurisant et d'être acteur de sa prise en soin. Cette situation est décrite par M. Hottart, V. Palomba-Lebaron et J.-C. Fisher « *Il apparaît alors essentiel de donner une place et une parole au résident psychotique selon son rythme*

³⁵ Famidac. Quand les fous vieillissent. (Consulté en février 2023). <https://www.famidac.fr/?Quand-les-fous-vieillissent>

³⁶ Institut montaigne. Les assises de la santé mentale de février 2021. (Consulté en avril 2023) <https://www.institutmontaigne.org/experts/angele-malatre-lansac>

³⁷ Georges Jovelet. 2018. Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et vécu traumatique. L'information psychiatrique, 2018/4 volume 94, p. 275-280

³⁸ EMPSA : Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé

*et sa pathologie. L'accompagnement psychiatrique, psychologique et psychomoteur apparaît primordial dans la prise en charge symptomatologique et l'amélioration de la qualité de vie. Un second niveau de difficultés est alors à considérer, l'échec de la relation thérapeutique soignant-soigné ayant comme conséquence l'épuisement professionnel. La valorisation d'une dynamique groupale par le biais de séances de travail et de régulation est nécessaire pour la cohérence pluridisciplinaire ».*³⁹

En premier lieu dans le projet d'établissement puis lors du projet d'accueil personnalisé du résident, l'institution doit tenir compte des spécificités du trouble psychotique.

Afin de réduire l'anxiété de ces résidents, de favoriser l'interaction sociale et de stimuler leurs fonctions cognitives l'EHPAD devra proposer des activités thérapeutiques en lien avec leurs troubles psychiques. Cela implique pour l'institution de permettre à son personnel de se former afin que l'équipe pluridisciplinaire puisse développer des compétences en psychiatrie.

Il est aussi primordial d'accorder une importance à la collaboration avec les professionnels de la santé mentale pour évaluer les symptômes psychotiques et réajuster les traitements si nécessaire.

2. L'approche pluridisciplinaire

Cette approche implique la collaboration et la coordination du personnel de l'établissement et des intervenants extérieurs afin d'offrir des soins complets et adaptés aux besoins spécifiques du résident.

Les médecins psychiatres sont essentiels dans la prise en charge des troubles psychotiques. Il s'agit souvent d'un médecin extérieur à l'établissement.

Les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs sont en lien avec le médecin psychiatre.

Les psychologues peuvent réaliser des évaluations psychologiques et proposer des interventions thérapeutiques. Parfois, ils ont pour mission d'élaborer et réévaluer les projets d'accueil personnalisé.

Les infirmiers jouent un rôle clé dans le suivi du résident. De par leur rôle propre ainsi que leur rôle sur prescription, ils assurent le suivi de l'état de santé du résident.

Les psychométriciens, ergothérapeutes et kinésithérapeutes ont eux aussi un rôle important à la fois de rééducation mais aussi de prévention.

Les aides-soignants, aide-médico psychologiques et auxiliaires de vie sont en contact direct avec le résident au quotidien.

L'équipe hôtelière, à savoir les ASH et le personnel de restauration participent eux aussi à la prise en soin du résident.

Cette approche pluridisciplinaire permet une prise en soin globale et qualitative.

³⁹ M.Hottart, V.Palomba-Lebaron, J.-C.Fisher. 2019. Stratégie d'accueil d'une population psychotique vieillissante en EHPAD. French Journal of Psychiatry, december 2019 volume 1 supplement 2 p.132

L'IDEC doit coordonner la collaboration étroite entre les différents professionnels afin de favoriser une compréhension approfondie du résident porteur d'une pathologie psychotique.

3. L'équipe soignante managée par l'IDEC

L'IDEC coordonne les soins et manage l'équipe soignante en garantissant la qualité des soins et le bien-être des résidents.

Forcément il aura des missions qui s'appliquent à tous les résidents de l'EHPAD et à l'équipe soignante mais aussi plus spécifiques aux résidents porteurs de troubles psychiatriques.

Il participe au conseil de vie social, il joue un rôle privilégié dans l'animation et dans la dynamique du travail en équipe, il aborde des projets spécifiques (d'établissement, de soins et projet personnalisé du résident). Il coordonne la communication avec les résidents, l'équipe soignante, les familles et les différents intervenants extérieurs.

Il personnalise la coordination des projets de soin psychiatrique en collaboration avec le médecin coordonnateur, les équipes de psychiatrie, le CMP et l'EMPISA pour favoriser une prise en soin efficiente. Il coordonne notamment la formation du personnel en lien avec les troubles psychiatriques afin d'optimiser une approche de soin différente.

II. Méthode d'enquête

A. Méthode

L'enquête a débuté le 30 juin 2023 et s'est terminée le 1 septembre 2023.

Nous avons contacté, par téléphone, 197 EHPAD publiques ou privés, nous avons envoyés 151 questionnaires⁴⁰ par mail aux établissements intéressés par la démarche et dotés d' IDEC. 2 questionnaires ont été remis en propre à l'IDEC.

43 questionnaires nous ont été retournés soit 28,48%.

Les difficultés et /ou limites rencontrées lors de cette phase exploratoire :

- Période estivale
- Surcharge de travail des IDEC
- Pas de présence d'IDEC et / ou de cadre de santé
- IDEC en arrêt maladie

Les questionnaires ont été envoyés dans les départements suivants :

02, 08, 42, 43, 60, 75, 77, 92, 93, 95.

En parallèle nous avons effectué des entretiens avec 5 psychologues⁴¹ dont une travaillant dans un EHPAD avec une spécificité psychiatrique et avec 3 agents de service hospitaliers⁴² dont un travaillant dans un EHPAD avec une spécificité psychiatrique.

Le choix de faire un entretien avec les ASH était de démontrer que le personnel non soignant est lui aussi en contact avec les résidents psychotiques et qu'il peut alerter lors du moindre signe de décompensation.

Dans un premier temps, chaque membre du groupe a analysé ses questionnaires reçus et ses entretiens effectués, puis dans un deuxième temps une mise en commun des analyses a été effectuée.

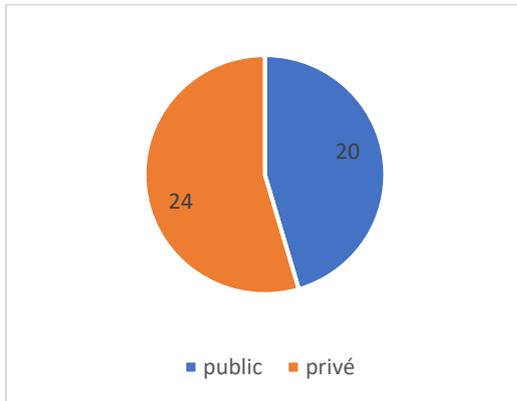
⁴⁰ Cf annexe B Questionnaire IDEC

⁴¹ Cf annexe C Guide d'entretien psychologue

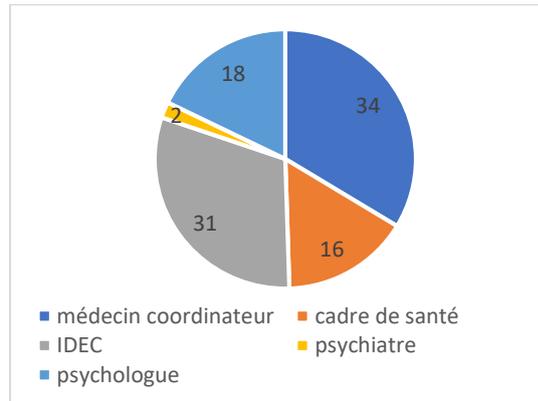
⁴² Cf annexe D Guide d'entretien ASH

B. Données des questionnaires

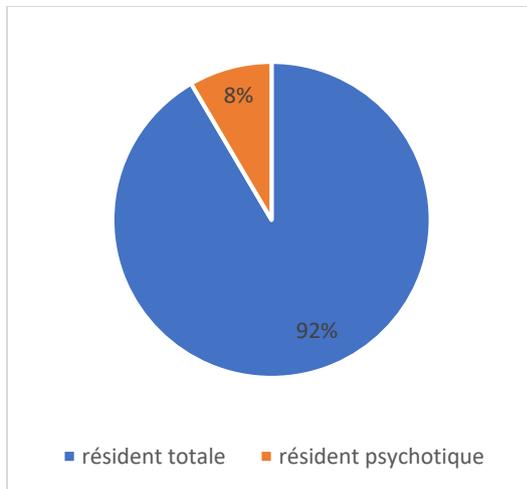
1. Etablissement public ou privé



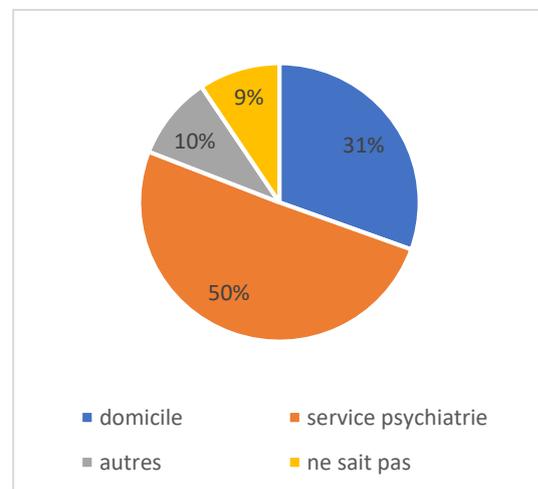
2. Equipe au sein des établissements



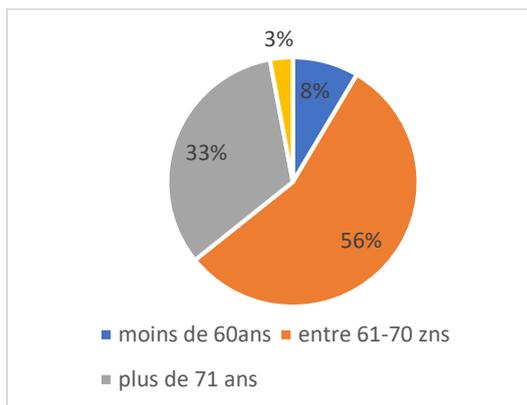
4. Nombre de résidents actuellement



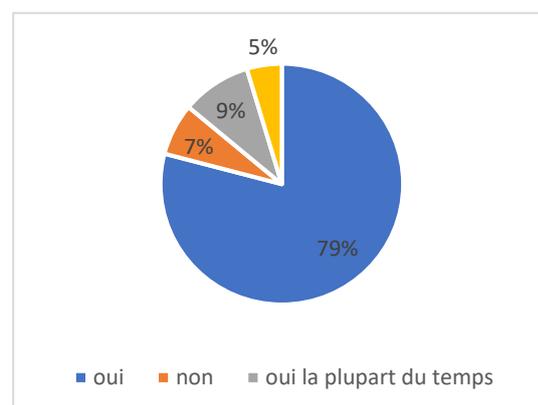
6. Provenance des résidents



7. Ages lors de l'admission



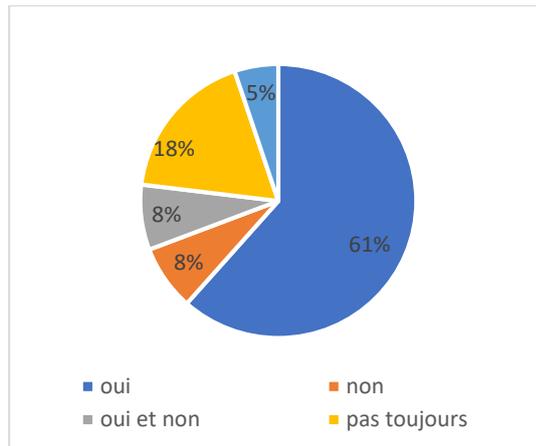
8. Visite de pré-admission



9. L'histoire de la maladie



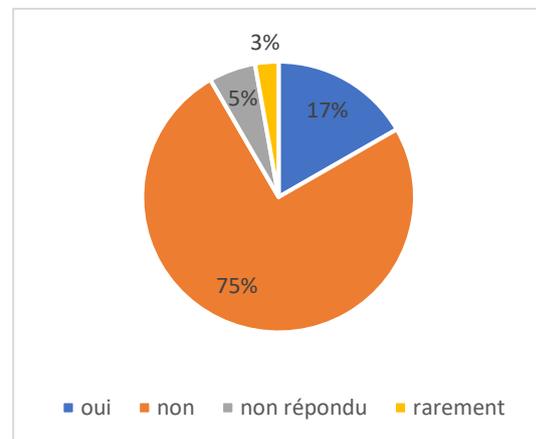
10. L'accord du résident



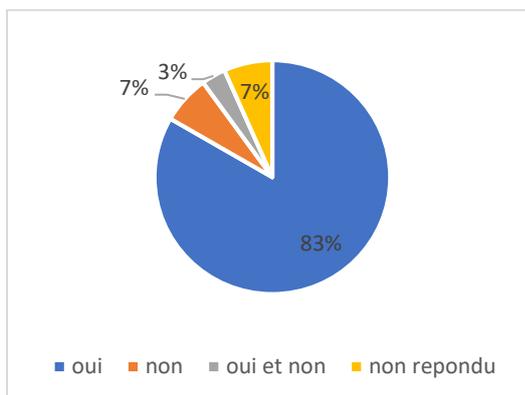
11. Protocole spécifique d'admission



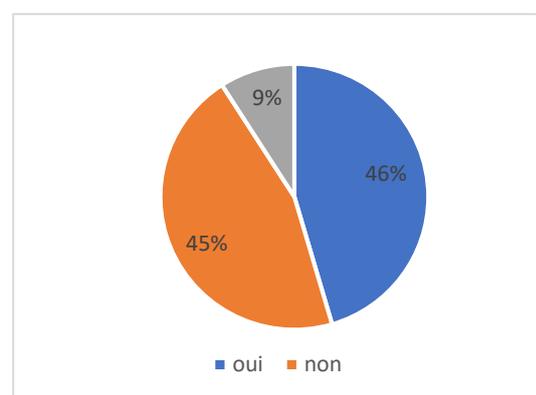
12. Réunion pluridisciplinaire avec l'équipe de psychiatrie



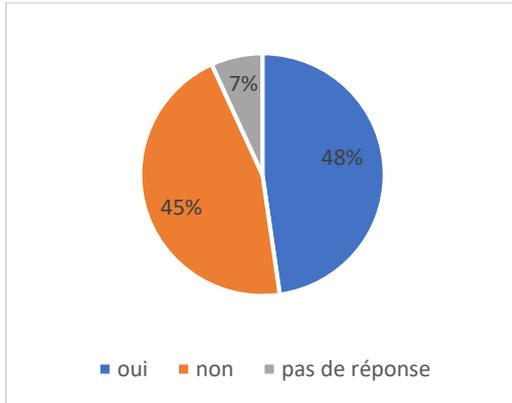
13. Difficultés avec la prise en soin



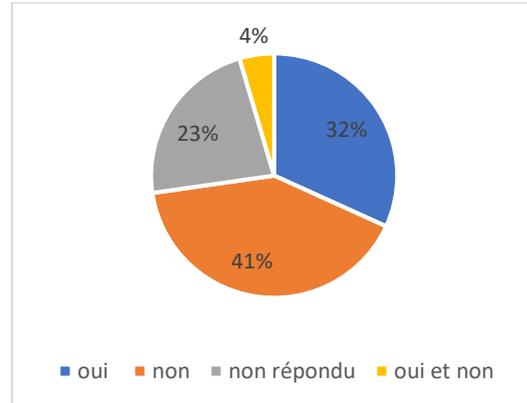
14. L'appréhension d'accueillir les résidents psychotiques



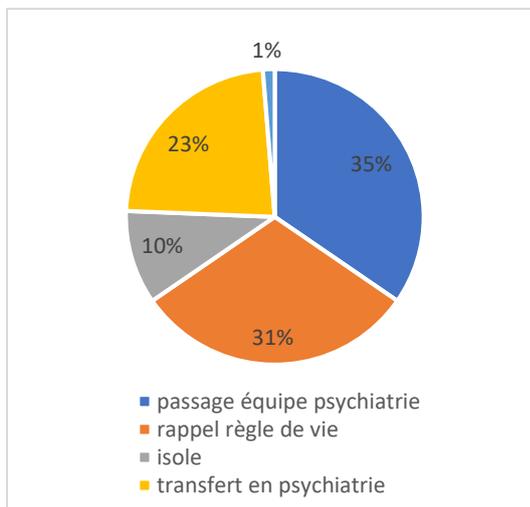
15. Unité protégée au sein de l'établissement



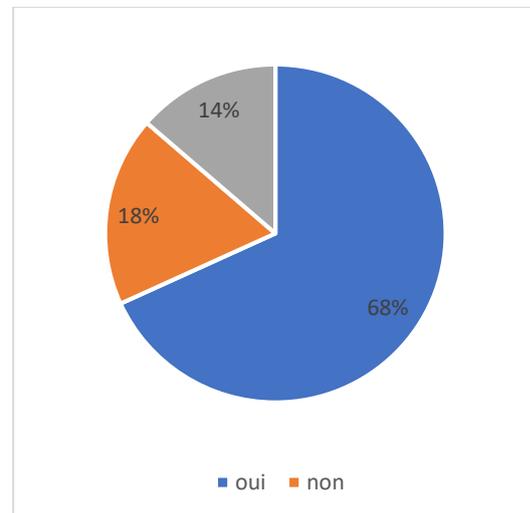
Utilisation pour résidents psychotiques



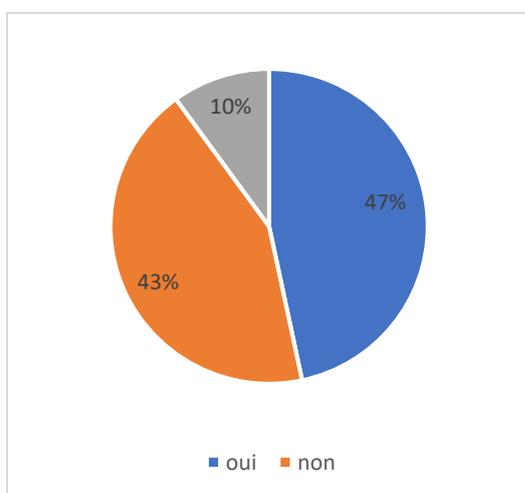
16. Changement de comportement/ Réactions



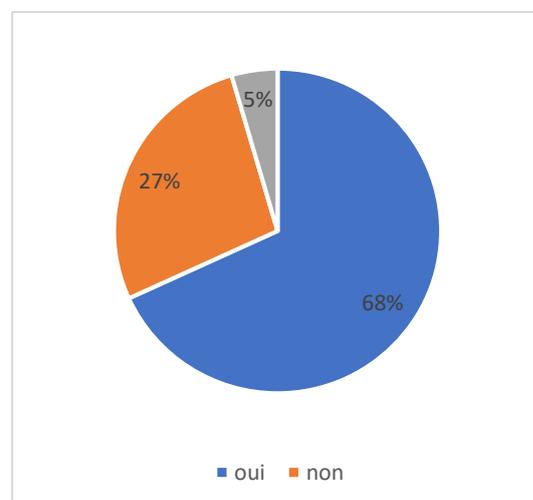
17. Difficultés d'hospitalisation en psychiatrie



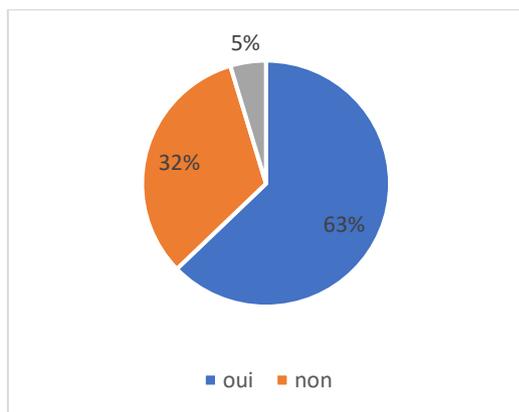
18. Formations dédiées au résident psychotique



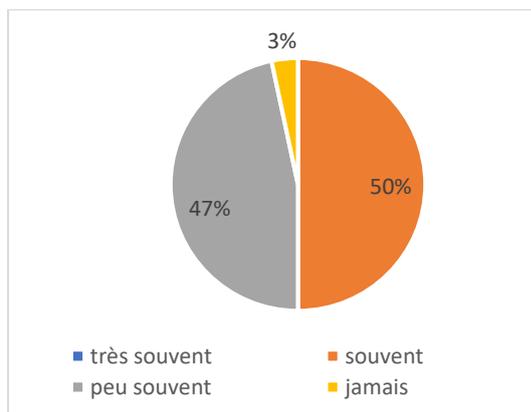
19. Lien avec le CMP



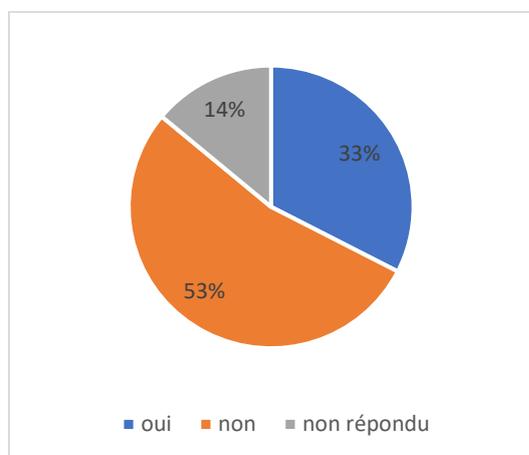
20. Lien avec l'EMPSA



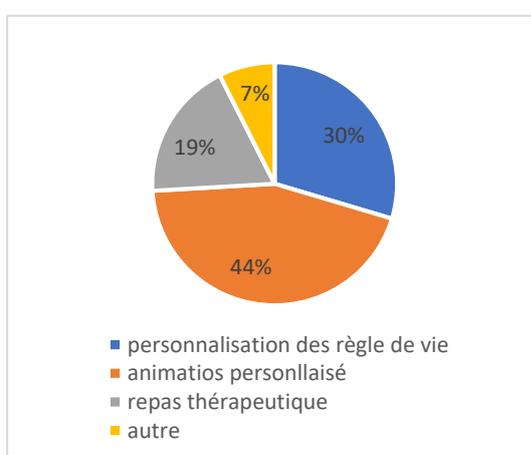
Fréquence de sollicitation



21. Prise en soin spécifique



Précisions des soins spécifiques



C. Analyse

Au regard de ces données nous constatons, quel que soit les EHPAD, privé ou public ayant répondu à l'enquête que la présence de résidents psychotiques est effective à hauteur de 8% sur la totalité des 43 établissements réparti sur différents départements. Cela représente bien la part de la population porteuse de trouble psychotique au niveau nationale.

50% des EHPAD interrogés bénéficient de la présence d'une psychologue, 79% ont un médecin coordonnateur et 72% ont une IDEC en poste.

Nous pouvons donc remarquer le manque de personnel essentiel à la prise en soin de cette population.

Il y a 50% des résidents qui proviennent d'un service psychiatrique avant leur admission. Une visite de pré admission est effectuée à 79%. Quand cette visite n'est pas effectuée les raisons invoquées sont : l'absence du médecin coordonnateur, une trop grande distance entre les établissements, l'urgence du transfert et/ou le degré d'autonomie du futur résident.

Selon un passage du livre de Mr Georges Jovelet « *l'orientation en EHPAD est parfois décidée sans l'accord des patients, par contrainte ou ruse quant au lieu ou à la durée,*

parce que cela s'impose ». ⁴³ Nous avons voulu vérifier cette donnée et donc dans 61% des cas, l'accord du résident est effectif et à 88% l'histoire de la maladie est connue des équipes accueillantes.

Nos lectures sur le sujet et nos observations nous laissent à penser que ces résidents étaient souvent plus jeunes que ceux ne présentant pas de trouble psychiatrique. Lors de l'admission 8% des résidents ont moins de 60 ans et 56% entre 61 et 70ans. Alors que l'âge moyen d'entrée en EHPAD, selon Drees EHPA, est de 85 ans et 2 mois.

En amont de l'entrée 17% des EHPAD font une réunion pluridisciplinaire avec l'équipe de psychiatrie. Cela peut peut-être expliquer que 83% des équipes ont des difficultés dans la prise en soin de ces résidents et engendre également 46% d'appréhension. Celle-ci peut s'expliquer par le manque de formation spécifique, par l'agressivité des résidents et une gestion conflictuelle. Nous pouvons également noter que le suivi psychiatrique du résident psychotique ainsi qu'une éventuelle hospitalisation dans les secteurs d'aigu reste difficile.

D'autres difficultés rencontrées par les équipes sont notamment le changement d'humeur, les troubles du comportement, l'entente avec les autres résidents. Face à ses attitudes les équipes des CMP et/ou des EMPA sont sollicités à hauteur de 50%, 47% les sollicitent peu souvent. De plus un rappel des règles de la vie en collectivité est réalisé.

Les EHPAD ayant une unité protégée les utilise à 32% pour les résidents psychotiques lors d'un trouble et risque de fugue.

Il n'y a pas de prise en soin spécifique, seulement 33% instaurent des animations personnalisées et des règles de vie adaptées.

43% de ces établissements n'ont pas eu de formation sur les troubles psychiatriques.

Nous avons effectué des entretiens avec 3 Agents d'entretien de Services Hospitaliers. Cela nous paraissait important d'avoir un retour de ces professionnels qui sont au contact des résidents et qui pourtant sont souvent considérés comme ne faisant pas partie de l'équipe.

Une ASH a retenu plus particulièrement notre attention. Cette agent travaille dans un EHPAD qui a une histoire psychiatrique où il y a une réflexion sur la prise en soin des résidents psychotiques. Elle rapporte qu'elle est formée sur les pathologies psychiatriques, et que cela lui permet de signaler les changements de comportement dans la chambre du résident, (désordre), elle participe au repas ce qui lui permet de noter tout changement de prise alimentaire. Ces signes peuvent être souvent le commencement d'une décompensation. Elle signale que tout le personnel de l'EHPAD porte la même blouse. Elle se sent intégrée et reconnue dans l'équipe.

Elle participe au temps de relève avec le reste de l'équipe, elle connaît les pathologies des résidents. Dans les deux autres entretiens, les ASH disent qu'elles n'ont pas assez d'informations sur les pathologies des résidents. Cependant, elles disent ne pas avoir d'appréhension mais souhaitent être plus intégrées dans l'équipe soignante.

⁴³ Jovelet Goerges .2017. Ces psychotiques qui vieillissent. ISBN 978-2-7420-1465-1. Montrouge: Éditions John Libbey Eurotext. 44p

Nous avons effectué 5 entretiens avec des psychologues, leurs missions par rapport aux résidents psychotiques commencent en amont avec la visite de préadmission et lors de leur admission. Elles accompagnent le résident en lui proposant un suivi, et dans la gestion des crises. Elles font des ateliers spécifiques et adaptés aux résidents, répondent aux interrogations des soignants mais tous ne font pas de formations au sein de l'EHPAD.

Elles collaborent avec le CMP, EMPISA et service psychiatrie et participe au projet de vie personnalisé du résident.

Toutes ont le même sentiment : « l'impression de ne pas être entendues lors d'une décompensation et d'une recherche d'hospitalisation par les psychiatres de l'hôpital même avec un courrier à l'appui et lors de nouveau symptôme ».

Elles font le constat d'une évolution positive, on parle de plus en plus de la santé mentale et de l'intégration dans la société des personnes porteuse de troubles psychiatriques.

Elles proposent différents axes d'améliorations pour ces résidents psychotiques notamment des formations en amont pour le personnel, des sorties adaptées, le renforcement des liens entre la psychiatrie et les structures pour le suivi et les gestions de crise.

Au niveau du personnel elles mettent en place des groupes de parole et peuvent conseiller sur certaines situations rencontrées.

La fonction d'IDEC commence à s'imposer dans les EPAD et elle est intentionnalisée dans le Code de la santé publique.

En effet, l'arrêté du 26 avril 1999 du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévoit la présence d'un médecin coordinateur mais aussi celle d'une infirmière référente.

La loi du 2 janvier 2002 met en évidence la nécessité de créer au sein des EHPAD la fonction d'infirmière coordinatrice.

Cependant, la fonction d'infirmier coordinateur n'est pas inscrite au répertoire des métiers et n'est pas règlementée. Cela peut expliquer que sur le terrain les fiches de postes varient selon les établissements. Souvent, l'IDEC assure son rôle de coordination mais aussi les soins quand il y a un manque de personnel.

Par ailleurs, selon les personnels des établissements interrogés, nous pouvons constater que seulement 72% comptent un IDEC dans leur personnel.

Pourtant le rôle de l'IDEC s'inscrit parfaitement dans le projet d'établissement des EHPAD et peut apporter une vraie plus-value dans la prise en soin des résidents.

Si on se réfère à la définition du projet d'établissement dans les EHPAD, on peut voir que ses objectifs sont d'accompagner les personnes fragiles de plus de 60 ans, d'assurer une prise en charge globale, comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin. Il doit garantir les droits des résidents et la qualité des prestations.

Quand la personne âgée intègre son nouveau lieu de vie, l'établissement doit lui assurer une sécurité physique et émotionnelle, donc aussi son bien-être mental.

Pour se faire, l'IDEC est le garant avec le médecin coordinateur et le directeur du bon fonctionnement des EHPAD.

Il a pour mission d'assurer la qualité et la sécurité des soins prodigués, critère indispensable au conventionnement des structures.

Il élabore les protocoles avec le médecin coordinateur, il coordonne les équipes soignantes et assure une prise en soin pluridisciplinaire efficiente en assurant un échange d'informations et une communication entre les différents professionnels.

En amont, cela suppose d'assurer le recueil d'informations sur l'histoire de vie du futur résident en se mettant en relation avec les professionnels et / ou l'entourage de la personne âgée avant son admission.

Pour cela, il peut organiser des réunions, des entretiens téléphoniques ou des visio-conférences.

Pour la personne porteuse de troubles psychotiques, cela permettra d'intégrer les soins spécifiques à la pathologie dans le projet personnalisé du résident en collaboration avec le médecin coordinateur et le référent du résident et l'équipe au sens large : psychiatre, psychologue, animateur... pour que chacun apporte son savoir pour une prise en soin optimale.

Ainsi, les consultations psychiatriques, les séances avec le psychologue, éventuellement les entretiens avec un infirmier formé peuvent être intégrés dans le projet, ainsi que les animations spécifiques et les séances avec les autres professionnels.

Ces soins étant inclus dans le quotidien, ils ne seront pas perçus comme une contrainte supplémentaire par l'équipe, à condition qu'elle soit formée et informée des spécificités de l'histoire de vie du résident psychotique.

Encore une fois, L'IDEC peut être à l'interface avec le personnel administratif et les soignants de la structure, en assurant la mise en place de formations professionnelles pour une connaissance des pathologies et ainsi une rassurance et une prise en soins plus sereine.

Chacun pourra ainsi être attentif aux changements de comportements, aux signes de décompensations qui sont variables selon la personnalité et la pathologie.

Enfin, l'IDEC a un rôle de médiateur avec la famille et l'entourage du résident, comme la personne de confiance. Il doit pouvoir les informer eux-aussi, les rassurer, prendre en compte leurs demandes.

Il participe au Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Pour pouvoir mener à bien toutes ses missions l'IDEC doit pouvoir se concentrer entièrement à son rôle. Il nous semble donc nécessaire que sa fonction soit reconnue comme telle et donc référencée comme les autres professionnels de santé.

III. Conclusion

Notre étude met en évidence que l'admission des résidents psychotiques nécessite plusieurs axes d'améliorations concernant leur prise en soin.

Une bonne préparation en amont de l'accueil de cette population stigmatisée ne peut que favoriser leur intégration au sein de la structure et il appartiendra à l'IDEC, en collaboration avec le médecin coordonnateur et le directeur de former le personnel. Cela favoriserait la communication et les échanges pour ainsi désamorcer d'éventuelles appréhensions de la part des soignants.

Il est demandé aux résidents porteurs de troubles psychotiques de s'adapter au fonctionnement de l'EHPAD, mais ne serait-il pas préférable que ces mêmes établissements envisagent de s'adapter à eux en créant des règles de vie, des animations personnalisées ? L'intégration de ces résidents ne passerait-elle pas par le recueil de leurs attentes et la connaissance de leurs habitudes de vie ? L'avenir de l'intégration de ces patients aux besoins différents ne se trouve-t-il pas dans une évolution des pratiques non pas d'une réforme profonde du fonctionnement des EHPAD mais d'une reconnaissance de la fonction de l'IDEC en tant que professionnel à part entière.

L'IDEC est à l'interface dans ce travail de collaboration avec tous les professionnels intervenant auprès des résidents et notamment porteurs de troubles psychotiques. Elle va permettre de faire le lien, en amont et en aval avec les différentes équipes internes et externes de l'institution, mettre en place des protocoles, des formations pour le personnel et d'établir un projet personnalisé avec le résident, sa famille et /ou son tuteur et tous les professionnels de santé gravitant autour du résident, dans le respect du projet d'établissement.

IV. Résumé

Les troubles psychiatriques ont toujours existé. Souvent stigmatisés, incompris, ce n'est que tardivement que la « folie » a été reconnue comme une maladie et considérée comme telle. De nos jours, les maladies mentales sont reconnues, prises en charge et la société met en place des mesures pour une meilleure prise en soin.

Après un parcours, souvent institutionnalisé, les patients atteints de pathologies psychiatriques vieillissent et ne sont plus adaptés aux prises en charge à domicile ou même en hôpital psychiatrique. Il est alors souvent envisagé un placement en EHPAD, parfois après 60 ans, parfois avant, ce qui engendre une fracture chez le patient qui devient alors résident, avec des attentes et parfois, une autonomie différente des personnes accueillies. Une fracture qui engendre souvent des problèmes au sein des EHPAD, alors que le personnel, les locaux, ne sont pas adaptés à une prise en charge spécifique.

Partant de ce constat et de diverses expériences vécues, dans le cadre de notre formation d'IDEC, nous avons orienté notre réflexion sur la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques, entre attente et réalité, rôle de l'IDEC ?

L'objectif de ce travail collectif étant de vérifier si la prise en charge de ces patients est difficile dans d'autres EHPAD en France, les moyens mis en place pour faciliter leur intégration, mais également les pistes à suivre afin d'améliorer leur accueil, notamment en tant qu'IDEC.

Afin d'étayer notre travail, des questionnaires ont été envoyés aux différents EHPAD, puis analysés, complétés par des entretiens individuels de psychologues, mais aussi d'agents de services hospitaliers, au cœur du service, mais souvent considérés comme n'en faisant pas vraiment partie.

Nous constatons ainsi que la majorité de ces patients a moins de 70 ans, que leur accueil suscite de l'appréhension, peu d'établissements organisant des réunions pluridisciplinaires avec l'équipe de psychiatrie et le personnel n'étant pas toujours formé. La difficulté de pouvoir les orienter vers les services de psychiatrie est un réel problème, par encombrement des hôpitaux et on rencontre aussi des limites au suivi par les CMP.

En conclusion, l'accueil des patients atteints de pathologies psychiatriques en EHPAD tend à devenir de plus en plus important, des mesures sont mises en place, mais on constate sur le terrain un manque de personnel et de moyens sur le territoire malgré les moyens déjà déployés. Les EHPAD, dans ce contexte délicat, peuvent être amenés à évoluer, changer leur mentalité afin d'intégrer la prise en charge spécifique de ces patients, s'adaptant ainsi à eux, plutôt que d'exiger d'eux une adaptation dont ils ne sont pas toujours capables de par leurs pathologies mentales.

V. Abstract

Psychiatric disorders have always existed. Often stigmatized and misunderstood, it was only belatedly that "madness" was recognized as an illness and treated as such. Today, mental illnesses are recognized and treated, and society is putting in place measures to provide better care.

As patients with psychiatric pathologies grow older, they are no longer suited to care at home or even in psychiatric hospitals. This often leads to a decision to place the patient in an EHPAD (old people's home), sometimes after the age of 60, sometimes before, which creates a fracture for the patient who then becomes a resident, with expectations and sometimes autonomy that differ from those of the people being cared for. This fracture often leads to problems within EHPADs, where staff and medical facilities are not adapted to specific care needs.

With this in mind, and based on our various experiences as part of our IDEC training, we turned our attention to the care of patients with psychiatric disorders, between expectations and reality, and the role of the IDEC?

The aim of this collective project was to find out whether the care of these patients is difficult in other EHPADs in France, what means have been put in place to facilitate their integration, and what avenues could be pursued to improve their reception, particularly in the role of IDEC

To support our work, questionnaires were sent out to the various EHPADs, then analyzed and supplemented by individual interviews with psychologists, but also with hospital service agents, at the heart of the service, but often considered as not really part of it.

We found that the majority of these patients were under 70 years of age, and that their reception was met with apprehension, as few establishments organized multidisciplinary meetings with the psychiatry team, and staff were not always trained. The difficulty of referring them to psychiatric services is a real problem, due to hospital overcrowding, and there are also limits to follow-up by CMP.

In conclusion, the number of patients suffering from psychiatric pathologies being admitted to EHPADs is on the increase, and measures are being put in place, but there is a lack of personnel and resources in the field, despite the resources already deployed. In this delicate context, EHPADs may have to evolve and change their mentality in order to integrate the specific care of these patients, thus adapting to them, rather than demanding of them an adaptation that they are not always capable given their mental pathologies.

VI. Bibliographie

1. J. Bleger. Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions. L'institution et les institutions - études psychanalytiques. Paris, Dunod, 2012, p57.
2. Dagonnot Patrick. 2022. Défi psychiatrique en EHPAD : entretien avec Isabelle Bilger. Le journal des soins en EHPAD, 9 février 2022.
3. Darcourt Guy. 2007. La double stigmatisation des personnes atteintes de psychose et désocialisées. L'information psychiatrique, 2007, volume 83 page 671-673.
4. DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et Résultats. Juillet 2022. n° 1237.
5. Famidac. Quand les fous vieillissent. (Consulté en février 2023). <https://www.famidac.fr/?Quand-les-fous-vieillissent>
6. Gris Alexandre. 2018. La prise en charge de la personne âgée issue de psychiatrie : l'exemple d'une structure rattachée à l'établissement public de santé mentale Guillaume Régnier. Directeur d'établissement sanitaire social et médico-social : école des hautes études en santé publique, Renne. 81p.
7. M. Hottart, V. Palomba - Lebaron, J. - C. Fisher. 2019. Stratégie d'accueil d'une population psychotique vieillissante en EHPAD. French Journal of Psychiatry, december 2019, volume 1 supplement 2 p.132.
8. INDED. 2021. Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés.
9. INSEE - Tableaux de l'économie française Édition 2020, paru le 27/02/2020.
10. INSEE Économie et Statistique n° 408-409 – 2007, paru le 1/05/2008.
11. Institut montaigne. Les assises de la santé mentale de février 2021. (Consulté en avril 2023) <https://www.institutmontaigne.org/experts/angele-malatre-lansac>
12. Jaques Postel. Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Editions Larousse, 1998.
13. Jacques Hochmann. Histoire de la psychiatrie. La Nouvelle Imprimerie Laballery. Octobre 2022.
14. Jovelet Georges. 2019. Quelle place en EHPAD pour les personnes âgées dites « psychotiques » ? Vivre avec le vieillissement, Rhizome 2019/4 N°74 pages 10.
15. Jovelet Georges. 2018. Admission d'un sujet psychotique en EHPAD et vécu traumatique. L'information psychiatrique, 2018/4 volume 94, p. 275-280.
16. Jovelet Goerges. 2017. Ces psychotiques qui vieillissent. ISBN 978-2-7420-1465-1. Montrouge : Éditions John Libbey Eurotext. 210 p.
17. Kaplan Harold, Sadock Benjamin. Psychiatrie clinique. Editions Pradel, 2e édition, 2005, p.27.
18. Obadia Martin. 2021. Un EHPAD psychiatrique s'installe au Puy-en-Velay, "Le 1er en France". RCF Haute-Loire. 30.09.2021.

19. OMS - [https://applications.emro.who.int/docs/EMRPUB leaflet 2019 mnh 223 en.pdf?ua=1&ua=1](https://applications.emro.who.int/docs/EMRPUB_leaflet_2019_mnh_223_en.pdf?ua=1&ua=1)

20. P. - C. Racamier. Des techniques institutionnelles, dans *Le psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*, Paris, Payot, 2010, p. 247.

VII. Annexes

A. Questionnaire préliminaire

1/ Votre établissement est-il :

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Public | <input type="checkbox"/> But lucratif |
| <input type="checkbox"/> Privé | <input type="checkbox"/> But non lucratif |

2/ Avez-vous au sein de votre établissement :

- Médecin coordinateur
- Cadre de santé
- IDEC

3/ Combien avez-vous de résidents ? :

4/ Combien avez-vous de résidents avec un profil psychotique ? :

5/ Parmi les résidents à profil psychotique, pouvez-vous nous préciser leurs lieux de résidence avant leur admission :

- Le nombre de résidents en provenance de leur domicile :
- Le nombre de résidents en provenance d'un service psychiatrique :

6/ Avez-vous des difficultés dans la prise en soin de ces résidents ?

- Oui
- Non

Si oui pouvez-vous préciser quelles sont vos difficultés.

B. Questionnaire IDEC

Dans le cadre de notre DU infirmier(ère) référent(e) et coordinateur(trice) d'EHPAD et de SSIAD, au sein de l'université Paris Cité, nous effectuons une enquête pour notre mémoire ayant pour sujet le résident psychotique accueilli en institution.

1. Votre établissement est-il ?
 - Public
 - Privé
 - But lucratif
 - But non lucratif
2. Avez-vous actuellement au sein de votre établissement :
 - Un(e) médecin coordinateur(trice)
 - Un(e) cadre de santé
 - Un(e) IDEC
 - Un(e) psychiatre
 - Un(e) psychologue
3. Quelle est votre profession ?
4. Combien avez-vous de résidents actuellement ?
5. Combien avez-vous de résidents psychotiques parmi cet effectif ?
6. Parmi les résidents psychotiques, pouvez-vous nous préciser leur nombre selon leur lieu de provenance avant leur admission ?
 - Nombre de résidents provenant du domicile :
 - Nombre de résidents provenant d'un service psychiatrique :
 - Autres lieux (à préciser) :
7. Quel âge ces résidents avaient-ils lors de leur admission ?
 - Moins de 60 ans - précisez le nombre de résidents :
 - Entre 61-70 ans - précisez le nombre de résidents :
 - Plus de 71 ans - précisez le nombre de résidents :
8. Effectuez-vous une visite de pré-admission avant l'entrée ?
 - Oui
 - Non

Si non, pouvez-vous préciser :

- Manque de temps
- Absence de médecin coordinateur
- Absence d'infirmier(ière) coordonnateur(trice)
- Rapidité du transfert entre la provenance et l'entrée
- Autres :

9. Connaissez-vous l'histoire de la maladie avant l'admission ?

- Oui
- Non

10. Lors de l'admission d'un résident présentant des troubles psychotiques, avez-vous l'accord ? (*Entourez la réponse*)

- Du résident oui / non
- De la tutelle oui / non
- De la famille oui / non

11. Avez-vous un protocole d'admission spécifique pour les résidents psychotiques ?

- Oui
- Non

12. Avant l'admission d'un résident psychotique jusqu'alors hospitalisé en psychiatrie, effectuez-vous une réunion en équipe pluridisciplinaire avec l'équipe de psychiatrie ?

- Oui
- Non

13. Avez-vous des difficultés lors de la prise en soin des résidents psychotiques ?

- Oui
- Non

Si oui pouvez-vous préciser :

- Difficultés à gérer les changements d'humeur
- Difficultés à gérer les troubles du comportement
- Difficultés à répondre aux besoins des résidents plus jeunes
- Difficultés à gérer des résidents qui sortent seuls à l'extérieur
- Autres

14. Avez-vous de l'appréhension à accueillir des résidents atteints de troubles psychotiques ?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous préciser :

15. Avez-vous une unité protégée ?

- Oui
- Non

Si oui, est-elle utilisée pour ces résidents ?

- Oui
- Non

16. Lors d'un changement de comportement que mettez-vous en place ?

- Passage des équipes de psychiatrie
- Rappel des règles de vie en institution
- Isoler le résident
- Transfert en service de psychiatrie
- Autres :

17. Rencontrez-vous des difficultés pour faire hospitaliser un résident en psychiatrie lorsque cela est nécessaire ?

- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous préciser :

18. Avez-vous bénéficié d'une formation dédiée pour prendre en soin ces résidents ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez l'intitulé de la formation et sa durée :

19. Etes-vous en lien avec un centre médico psychologique ?

- Oui
- Non

20. Etes-vous en lien avec une équipe mobile psychiatrique du sujet âgé ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence sollicitez-vous cette équipe ?

- Très souvent
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

21. Proposez-vous une prise en soin spécifique pour les résidents psychotiques ?

- Oui
- Non

Si oui, merci de préciser :

- Personnalisation des règles de la vie en collectivité
- Animations personnalisées
- Repas thérapeutiques
- Autres :

Nous vous remercions de votre collaboration à la réussite de notre travail.

C. Guide entretien psychologue

Dans le cadre de notre DU infirmier(ère) référent(e) et coordinateur(trice) d'EHPAD et de SSIAD, au sein de l'université Paris Cité, nous effectuons une enquête pour notre mémoire ayant pour sujet le résident psychotique accueilli en institution.

1. Quelles sont vos actions et missions au sein de la résidence ?
2. Vous accueillez dans votre structure des patients au profil psychotique, concevez-vous quelques appréhensions dans sa prise en charge ? En ressentez-vous chez le personnel ?
3. Avez-vous une formation spécifique pour prendre en charge le résident psychotique au sein de l'EHPAD ?
4. Que mettez-vous en place pour accueillir ces résidents et faciliter leur intégration ? A quel moment (admission, suivi, crise ?) et de quelles manières ?
5. Rencontrez-vous des difficultés de prise en soin (à votre niveau ou au sein de l'équipe) ?
6. Selon vous, quelles actions peuvent-être mises en place pour le personnel de la résidence ? Quel est votre champ d'action ? avec quelle catégorie de personnel ? Avec quels moyens ? Quand ? (à la demande, quand le besoin se fait sentir ?)
7. Pensez-vous que le personnel est suffisamment formé dans le cadre de l'accueil de ces résidents psychotiques ? Quelle(s) formation(s) est (sont) dispensée(s) au personnel ? (Formation externe ou interne ? En faites-vous ponctuellement ?)
8. Disposez-vous de ressources extérieures pour le suivi du résident psychotique ? Lien avec le CMP ? Lien avec le psychiatre ? Que faites-vous en cas de décompensation psychique d'un patient ? Pouvez-vous faire appel au CMP ou aux unités psychiatriques ?
9. Avez-vous constaté une évolution dans la prise en soin des patients psychotiques ? Une évolution des états d'esprit ?
10. D'après votre expérience et vos différents entretiens avec les résidents, que faudrait-il mettre en place pour une meilleure prise en soin ?

Nous vous remercions de votre collaboration à la réussite de notre travail.

D. Guide entretien ASH

Dans le cadre de notre diplôme universitaire : infirmier(ère) référent(e) et coordinateur(trice) en EHPAD et de SSIAD, au sein de l'université Paris Cité, nous effectuons une enquête pour notre mémoire ayant pour sujet le résident psychotique en EHPAD.

- 1 Avez-vous des résidents psychotiques dans votre EHPAD ?
- 2 Participez-vous au temps de relève ?
- 3 Avez-vous les informations ou formations nécessaires pour repérer les résidents porteurs de ces troubles ?
- 4 Ces résidents vous impressionnent-ils ? Vous font-ils peur ?
- 5 Du fait de votre profession, vous êtes en contact avec les résidents pendant des temps assez longs avec les résidents, se confient-ils ?
- 6 Si oui, partagez-vous ces informations ? Avec quels professionnels ?

Nous vous remercions de votre collaboration à la réussite de notre travail.