



Formation & Recherche en Soins

Améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques en Ehpad



Cécile DORMIA

PROJET MANAGERIAL
MTMOS 2014-2015



NOTE AUX LECTEURS

Le « projet managérial » de l'étudiant inscrit en Master « Management des Organisations Soignantes » de l'ESM Formation et Recherche en Soins est un travail personnel réalisé pendant l'année de formation en lien avec une problématique managériale sur le lieu d'exercice professionnel.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur et de l'ESM Formation et Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame Carzon, directrice de la résidence Saint-Rémy, pour m'avoir permise d'enrichir mes connaissances et compétences avec la formation master « management des organisations soignantes ».

Merci aux intervenants de la formation pour nous avoir transmis des outils, savoir-faire et modalités de réflexion qui nous sont utiles dans notre pratique quotidienne et future.

Merci à ceux qui m'ont soutenue dans ce projet de travail sur les troubles psychiatriques en Ehpad.

« L'EHPAD n'est plus une institution atemporelle, figée dans son mode d'organisation architectural politique et économique. Il doit aujourd'hui perpétuellement être en capacité de se réinventer pour répondre aux besoins des personnes accompagnées, augmenter, diversifier son offre et sortir de ses murs. Ce changement de paradigme représente une réelle opportunité pour les gestionnaires d'établissements qui sauront faire preuve d'innovation, d'agilité et d'adaptabilité pour toujours mieux répondre aux exigences et caractéristiques du territoire dans lequel ils évoluent »¹.

¹ Observatoire des EHPAD, KPMG, avril 2014,
<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	3
INTRODUCTION.....	6
1 Description institutionnelle.....	8
1.1 Le Groupe ORPEA.....	8
1.1.1 Historique.....	8
1.1.2 Aujourd'hui.....	9
1.1.3 Politique interne et de développement.....	9
1.2 La résidence Saint-Rémy.....	10
1.2.1 Présentation.....	11
1.2.2 Obligations réglementaires.....	12
1.2.3 Démarche qualité.....	14
2 Les troubles psychiatriques en Ehpad.....	16
2.1 Système de santé.....	16
2.1.1 Données démographiques et épidémiologie.....	16
2.1.2 Au niveau régional.....	18
2.1.3 Au niveau départemental.....	20
2.2 État des lieux dans la résidence Saint-Rémy.....	21
2.2.1 Analyse de terrain.....	21
2.2.2 Pathologies psychiatriques.....	23
2.2.3 Difficultés rencontrées.....	26
3 Gestion de projet.....	28
3.1 Conduite de projet.....	28
3.1.1 Lettre de mission et planification des actions.....	28
3.1.2 Le groupe de travail.....	30
3.2 Démarche de Benchmark.....	32
3.2.1 Partages d'expériences.....	32
3.2.2 Visites de structures.....	34
3.2.3 Analyse.....	36
3.3 Ateliers thérapeutiques.....	37
3.3.1 Cadre.....	38

3.3.2	Fonctionnement.....	39
3.3.3	Question de la stigmatisation.....	40
3.4	Ressources pour l'Ehpad en terme de réseau.....	43
3.4.1	Réseau santé mentale 78	43
3.4.2	Télé médecine et Conventions.....	44
3.4.3	Modélisation du réseau psychiatrie de la résidence.....	46
3.5	Évaluation.....	47
3.5.1	Indicateurs.....	47
3.5.2	Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	48
4	Enjeux et positionnement managérial.....	49
4.1	Positionnement stratégique.....	49
4.1.1	Adaptation à l'évolution sociétale.....	49
4.1.2	Organisation des soins	50
4.2	Positionnement au niveau ressources humaines (RH).....	51
4.2.1	Cartographie des métiers et des compétences.....	52
4.2.2	Identifier les besoins	55
4.2.3	Utiliser la formation	56
4.3	Positionnement financier.....	59
4.4	La conduite de changement.....	60
4.4.1	Les changements engendrés par le projet.....	61
4.4.2	Les résistances au changement.....	62
4.4.3	L'accompagnement du changement.....	63
4.5	Bilan réflexif.....	64
4.5.1	Maturation du projet.....	64
4.5.2	Trois scénarios envisageables.....	65
4.5.3	Réflexions personnelles.....	66
	CONCLUSION.....	68
	BIBLIOGRAPHIE.....	69
	ANNEXES	

Liste des abréviations

AHFC :	Association Hospitalière de Franche-Comté
AJ :	Accueil de Jour
AMP :	Aide Médico-Psychologique
ANESM :	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux.
ARS :	Agence Régionale de la Santé
AS :	Aide-Soignante
AV :	Auxiliaire de Vie
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CG :	Conseil Général
CEPPA :	Centre d'Évaluation en Psychiatrie de la Personne Âgée
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CPF :	Compte Personnel de Formation
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSP :	Code de la Santé Publique
DIF :	Droit Individuel de Formation
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
DPC :	Développement Professionnel Continu
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP :	Équivalent Temps Plein
EMS :	Établissement Médico-social
EMSA-PSY :	Équipe Mobile du Sujet Âgé en Psychiatrie

EPP :	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ESPIC :	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
FHP :	Fédération de l'Hospitalisation Privée
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GMP :	Gir Moyen Pondéré
GPMC :	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAD :	Hospitalisation à Domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
HJ :	Hôpital de Jour
HPST :	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
MOS	Management des Organisations Soignantes
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMP :	Pathos Moyen Pondéré
RAM :	Rapport Annuel Médical
RBB :	Recommandations de Bonnes Pratiques
RH :	Ressources Humaines
RPSM :	Réseau de Promotion en Santé Mentale
SFPLF :	Société Française de Psychogériatrie de Langue Française
SMPR :	Services Médico-Psychologiques Régionaux
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
SYNERPA :	Syndicat National des Établissements et Résidences pour Personnes Âgées
SWOT :	Strength (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces)

UP : Unité Protégée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Les prévisions de l'insee² notent qu'en 2050, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La transition démographique, que constitue le vieillissement de la population française, est à l'origine d'une croissance des besoins d'accompagnement, notamment du fait de l'augmentation de la dépendance et des maladies chroniques. En réponse aux besoins, l'adaptation de la société constitue un enjeu de santé publique. La loi de santé votée le 14 avril dernier par l'assemblée nationale propose une modernisation du système de santé afin de répondre aux évolutions.

En ce qui concerne les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad), on observe depuis plusieurs années, une évolution sensible du profil des résidents³ : un âge moyen plus élevé (84,2 ans pour les hommes, 86,6 ans pour les femmes), une dépendance accrue (GMP moyen de 657 pour les Ehpad privés non lucratifs et 709 pour les Ehpad publics), une augmentation des polyopathologies et des besoins en soins (PMP moyen à 172 pour les Ehpad privé non lucratif et à 187 pour les Ehpad publics).

Parallèlement, l'organisation mondiale de la santé (OMS) considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt et unième siècle concernent la psychiatrie, à savoir la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs⁴. Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 prône « *aux différents âges de la vie, (de) permettre à toute personne d'accéder à la prévention, aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, de façon adaptée à ses besoins et à ceux de ses aidants* ». Or, comme le note le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) dans le volet personnes âgées, « *l'accès à une consultation de psychiatre comme le suivi en psychothérapie sont très peu accessibles aux sujets octogénaires malgré une prévalence de troubles psychiatriques et un taux de suicides élevés* ».

Ce projet managérial s'intéresse à cette problématique des troubles psychiatriques, hors démence, chez le sujet âgé. Dans la résidence Saint-Rémy se côtoient des personnes âgées présentant différentes pathologies et avec des besoins d'accompagnement variés et évoluant dans

2 http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089

3 *Observatoire des EHPAD, KPMG, avril 2014, p. 6.*

4 *Plan psychiatrie et Santé mentale 2011- 2015*

le temps. Un travail conséquent sur les troubles démentiels a été entrepris ces dernières années et la prise en charge semble, en la matière, globalement efficiente et de qualité. Aujourd'hui la nécessité de travailler sur la prise en charge des résidents présentant des troubles psychiatriques stabilisés mais à risque de décompensation est ressentie. J'ai donc été missionnée par la direction, en tant que chef de projet, pour mettre en place une démarche collective d'amélioration de la prise en soins et de réflexion prospective sur les troubles psychiatriques, en lien avec ma formation de master management des organisations soignantes (MOS).

Mon positionnement consiste essentiellement à accompagner les réflexions, les différentes actions et la conduite de changement dans l'établissement.

Dans ce rapport, nous aborderons en premier lieu une description de la résidence afin de comprendre le contexte institutionnel. Nous ferons ensuite un détour au niveau du système de santé pour avoir des données concernant les troubles psychiatriques en Ehpad et sur notre territoire. Puis, un état des lieux dans l'Ehpad nous permettra de définir les besoins. La démarche de gestion de projet sera présentée avec les actions mises en place, les réflexions éthiques et déontologiques et les modalités d'évaluation envisagées. L'exposé des enjeux et des besoins nous permettra de déterminer les compétences et outils nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques. Mon positionnement en tant que « chef d'orchestre » et l'impact du projet seront ensuite analysés dans leurs dimensions stratégique, ressources humaines, financière et d'accompagnement aux changements, avant de terminer sur un bilan réflexif.

Le projet se présente comme une opportunité pour questionner le travail, le bien-être au travail et la qualité de vie des résidents.

1 Description institutionnelle

La résidence Saint-Rémy est un Ehpad faisant partie du groupe Orpéa. Sa présentation permet de comprendre de quelle façon sa stratégie impacte le fonctionnement de la résidence qui a été construite sur le « modèle Américain ».

1.1 Le Groupe ORPEA



Le groupe Orpéa est un des acteurs européens dans le domaine du secteur de la dépendance. Depuis sa création en 1989, il s'est développé considérablement.

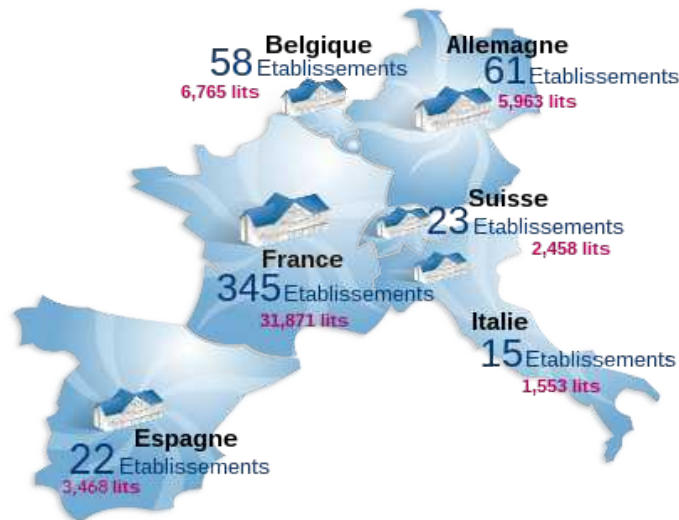
1.1.1 Historique

Le groupe a été créé par le Docteur Jean-Claude Marian qui en est l'actuel président. De 1989 à 1995, il se centre sur le développement des maisons de retraites avec la création de 46 établissements (4 600 lits) en France. Un siège administratif est installé afin d'organiser et contrôler les aspects comptables, financiers et sociaux. En 1999, le groupe met l'accent sur le développement d'une offre de soins de moyen séjour avec la création et l'acquisition de cliniques de soins de suite (SSR) et de cliniques psychiatriques. L'introduction en bourse se fait en 2002. A partir de 2004, le développement s'ouvre à l'Europe avec deux établissements en Italie puis à l'international avec la Suisse, la Belgique et l'Espagne. Ces dernières années le groupe procède à plusieurs acquisitions stratégiques (groupes Mediter en 2010 [4 866 lits], Artevida en 2012 [1 162 lits en Espagne], Mediblege en 2012 [1 915 lits en Belgique], Senevita [2 293 lits en Suisse] et Silver Care en 2014 [5 963 lits en Allemagne]) lui conférant aujourd'hui une place d'acteur majeur dans le domaine de l'exploitation privée dans le secteur de la dépendance.

L'année 2013 est marquée par l'entrée d'un nouvel actionnaire détenant 15 % du capital, un fond de pension canadien, *canada pension plan investment board* (CPPIB).

1.1.2 Aujourd'hui

Le groupe Orpéa regroupe actuellement 524 établissements (52 078 lits) comprenant des Ehpad, des cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents et spécialisés et des cliniques de psychiatrie à travers sa filiale Clinéa, répartis sur six pays de la manière suivante :



Établissements du groupe ORPEA-CLINEA 2014⁵

Une politique de qualité est déployée à l'ensemble des établissements et des sièges fonctionnels ont été installés en Belgique et en Italie.

Le statut des établissements du groupe est privé à but lucratif. Ils dépendent de la convention collective unique du 18 avril 2002 (hospitalisation privée) et de son annexe du 10 décembre 2002 spécifique aux établissements accueillant des personnes âgées.

1.1.3 Politique interne et de développement

Le groupe intervient dans le secteur de la prise en charge de la dépendance physique et psychique en long et moyen séjour. Sur son secteur d'activité, il est en concurrence directe avec le groupe Korian-Médica (57 500 lits répartis sur 596 établissements dans quatre pays) qui a le même positionnement. Chaque année des classements basés sur le nombre de lits sont publiés afin de

⁵ Source : <http://www.orpea.com/>

mettre en avant le « top 15 » des gestionnaires privés⁶. Au côté de Orpéa et Korian-Médica se trouvent, entre autres, Domus Vi, Emera, le Nôble âge et Maison de Famille.

Le groupe a un axe de développement par l'« *élargissement de sa présence en Europe sur des marchés clés de la prise en charge de la dépendance* »⁷. Par sa politique d'ouverture et de rachat, le nombre de lits est en constante augmentation, tel qu'en atteste l'histogramme placé en annexe 1 (évolution du nombre de lits dans le groupe Orpéa de 2008 à 2014).

Actuellement la stratégie est axée vers l'international avec « *l'accélération de son expansion dans les pays émergents comme la Chine (...) Le Groupe ORPEA apportera son savoir-faire et son expérience en assurant l'exploitation des établissements et la formation du personnel* »⁸. Pour ce faire, un accord de partenariat a été signé avec « *China Development Orient* » qui facilitera l'implantation du groupe. A ce jour, 38% des lits sont à l'international.

La volonté du groupe est de proposer un accompagnement de qualité dans le respect du confort, de la dignité, de l'individualité et du maintien de l'autonomie. Pour cela des procédures, protocoles et formations sont mis en commun. Le groupe définit quatre axes stratégiques guidant la démarche : qualité des soins et des prestations hôtelières, formation continue des équipes, procédures qualité et sécurité efficace et recherche permanente de nouvelles solutions et approches de prise en charge.

Le chiffre d'affaires du groupe est en constante évolution affirmant de la qualité de la gestion stratégique et budgétaire. Vous trouverez en annexe 2 l'évolution du chiffre d'affaire et des résultats de 2008 à 2013.

1.2 La résidence Saint-Rémy

La résidence Saint-Rémy est un Ehpad privé à but lucratif se trouvant dans les Yvelines (78). Elle fait partie du territoire Sud Yvelines et de la coordination gérontologique du même nom située à l'extrémité du département.

Cet établissement est atypique du fait de sa taille et de son concept. Il répond aux différentes obligations réglementaires et une démarche qualité y est fortement engagée.

6 <http://www.investirlmnp.fr/actualites/classement-ehpad-2014-21>

7 <http://www.capital.fr/bourse/communiqués/orpea-entree-strategique-d-un-nouvel-actionnaire-15-du-capital-et-augmentation-de-capital-de-100-m>

8 *ibid*

1.2.1 Présentation



Photo aérienne de la résidence Saint-Rémy



Le centre du village retraite

Le site de Saint-Rémy a ouvert en 1992. Conçu par l'association « Résidences Bleues » sur le « modèle Américain », il disposait à l'origine de 672 lits ayant pour vocation d'accueillir des personnes âgées valides au sein d'un village retraite haut de gamme. L'association ayant déposé le bilan, le groupe Orpéa reprend l'exploitation du village en 1994, en l'aménageant afin de le transformer en Ehpad et réduit la capacité d'accueil. La résidence Saint-Rémy dispose aujourd'hui de 344 lits d'Ehpad et de 36 lits en résidence service, situés dans un parc boisé de huit hectares, dont 3,5 de verdure, en bordure du parc naturel de la haute vallée de Chevreuse. Sa taille en fait le plus grand site du groupe et sa particularité réside dans le fait qu'il se compose de bâtiments médicalisés et de logements pavillonnaires allant du studio au T4 avec jardins privés, permettant d'accueillir des personnes âgées valides à dépendantes.

Au sein de la résidence, les logements se développent autour d'une agora centrale comportant trois restaurants, un salon de thé, une salle de spectacle, un salon avec cheminée, un salon de coiffure, une bibliothèque, une épicerie, une salle de jeux, un espace réminiscence (café des années 50), une salle de kinésithérapie et un espace esthétique / balnéothérapie avec une piscine.

Petit à petit, l'institution a dû s'adapter aux besoins en médicalisant et créant des structures spécifiques, telles que les unités protégées (UP), l'unité « grands dépendants » (2006) et le pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa) (2012). La Résidence se compose aujourd'hui de huit unités de vie dont deux protégées de 37 et 36 lits accueillant des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, une unité « grands dépendants » (dépendance physique) de 34 lits, une unité de 13 lits pour des personnes dépendantes, quatre autres unités accueillant des personnes autonomes, semi-valides et dépendantes d'une vingtaine de lit et d'un Pasa de 14 places. Chaque secteur est constitué de pavillons (hormis les UP) et d'un bâtiment de trois étages,

avec au rez-de-chaussée, une infirmerie, un salon, une cuisine et deux salles à manger. Des chambres individuelles occupent les étages. Les unités de vie sont reliées à l'Agora centrale par des allées piétonnières couvertes. Chaque secteur fonctionne avec son propre personnel composé d'un adjoint de direction, de deux infirmières (IDE), d'aides-soignantes (AS), d'auxiliaires de vie, d'une maîtresse de maison, d'un agent de service, d'un serveur et d'un animateur pour les unités protégées.

La résidence emploie une équipe pluridisciplinaire composée d'environ 242 équivalent temps plein (ETP) répartie de la manière suivante :

personnel salarié	
profession	nombre en ETP
personnel « administratif » (direction, ressources humaines, accueil...)	23
médecins coordonnateurs	2,5
cadres de santé	2
infirmiers	18
auxiliaires de vie	103,78
aides-soignantes et Aides médico-psychologiques	51,9
psychologues	2
psychomotriciens	5,69
ergothérapeute	1
musicothérapeute	1
art thérapeute	1
sophrologue	0,4
animateurs	2,26
esthéticienne	1,32
cuisine et restauration	16,69
personnel de maintenance	8,74

personnel libéral	
profession	nombre d'intervenant
médecins généralistes	17
kinésithérapeutes	14
orthophonistes	6
chirurgien dentiste	1

Nombre d'ETP dans la résidence Saint-

Rémy⁹

Une clinique gériatrique (Clinea) se trouve également sur le site de Saint-Rémy offrant un service médical de proximité, notamment en cas de nécessité d'hospitalisation. Les résidents de l'Ehpad bénéficient de son plateau technique.

D'après le rapport d'activités médical (RAM) de 2014, la durée moyenne de séjour (DMS) est de 57 mois (4,75 ans) et l'âge moyen de 87 ans. Le Gir Moyen Pondéré (GMP) est de 631 et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) de 184 (septembre 2014).

1.2.2 Obligations réglementaires

Le fonctionnement des Ehpad est régi par un cadre législatif. Après la loi du 30/06/1975

⁹ source : données transmises par le service des ressources humaines (RH) – octobre 2014

consacrant la rupture entre le sanitaire et le social, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale repense l'ensemble du système. Elle met en place plusieurs outils garants de l'effectivité des droits et libertés des usagers (article L. 311-3 code de l'action sociale et des familles (CASF)), avec l'obligation du livret d'accueil, du règlement intérieur, du contrat de séjour, de la charte des droits et libertés de la personne accueillie et du conseil de la vie sociale. Les résidents ont un projet personnalisé avec un projet de vie, élaboré avec et signé par le résident et sa famille, et un projet de soin. La dimension de la personnalisation de l'accompagnement est au centre des pratiques.

Obligation légale, le projet d'établissement est élaboré pour cinq ans et réévalué annuellement en commission. Il définit le cadre de référence de l'action au sein de la résidence en exposant les missions, les orientations et les valeurs sur lesquelles les professionnels appuient leur action quotidienne. La résidence Saint-Rémy a écrit son projet d'établissement en 2010. Il sera donc réécrit cette année. Comme l'écrivent J. Pellerin et PH. Guillaumont (2010, p.528-529), « *toute institution se trouve ainsi dotée d'un projet qui fait l'objet d'une réflexion constante. Ce projet repose sur un référentiel qualité qui ne constitue pas, à proprement parlé, une norme de fonctionnement, mais qui peut servir de base de négociation pour la convention tripartite* »¹⁰. La résidence a signé sa 3ème convention tripartite avec les organismes de tutelles, soit le conseil général (CG) et l'agence régionale de la santé (ARS) des Yvelines le 28 juin 2013 pour une durée de cinq ans. La qualification d'Ehpad est attachée à la signature de cette convention tripartite (article L313-1 du CASF) valable cinq ans et prorogeable à titre exceptionnel d'un an.

La loi du 2/01/2002 a également posé les bases de l'évaluation interne et externe des établissements et services médico-sociaux. Des Décrets (15 mai 2007, 3 novembre 2010, 23 janvier 2012 et 30 janvier 2012 codifiés dans le CASF) et circulaires (DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011) précisent le cadre réglementaire et les modalités d'applications. Cette démarche d'évaluation des activités et de la qualité des prestations repose sur une comparaison entre le fonctionnement de l'Ehpad et les recommandations de bonnes pratiques (RBP), formulées notamment par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) afin de définir des axes d'amélioration à mettre en œuvre sur cinq ans. L'évaluation interne a lieu tous les cinq ans. La résidence Saint-Rémy est entrée dans cette démarche en 2012. Un organisme extérieur habilité par l'Anesm a réalisé l'évaluation externe les 10 et 11 septembre 2014. Cette dernière aura lieu tous les sept ans. Le renouvellement de l'autorisation d'exploitation donnée pour 15 ans est subordonné aux résultats de celle-ci.

¹⁰ Pellerin, J., Guillaumont, PH., *Structures médico-sociales et sociales (Institutionnalisation)*, in Clement, JP., *Psychiatrie de la personne âgée*, édition Flammarion, 2010, Paris, coll Médecine-Sciences.

La loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 portant réforme hospitalière opère un décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social sous l'égide des ARS, qui « *doit permettre de structurer l'offre afin d'offrir une prise en charge globale et transversale au patient* »¹¹.

La conséquence des évolutions juridiques sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) est une tendance à l'uniformisation au regard des RBP, dans un objectif de qualité. Elles permettent et imposent la réflexion sur les pratiques, avec comme limite une lourdeur au niveau administratif (multiplication des normes, traçabilité pour l'ensemble des tâches...) qui peut être évoquée, avec la sensation de passer moins de temps auprès des personnes.

1.2.3 Démarche qualité

La démarche qualité est très présente dans la résidence Saint-Rémy et le groupe Orpéa. Cette volonté de qualité et d'amélioration continue passe par plusieurs actions.

La résidence est certifiée Qualicert depuis 2009. Vous trouverez le référentiel en annexe 3.

Des référents « bienveillance » ont été formés, comme le prévoit les RBP. Ils animent mensuellement des réunions de réflexions avec les équipes soignantes.

Des « mini-formations » ont lieu mensuellement selon un planning élaboré pour l'année. Chaque professionnel est sollicité selon son domaine de compétences. A titre d'exemple, la sophrologue anime des formations sur la gestion du stress, les psychomotriciennes sur les manutentions et les psychologues sur la gestion des troubles du comportement. Des formations plus conséquentes sont proposées par le service formation dans une démarche de développement professionnel continu (DPC).

La satisfaction des résidents et des familles est mesurée par une enquête de satisfaction annuelle. Les résultats sont analysés au niveau de l'établissement et au niveau national. Des plans d'actions par items (restauration, hébergement, soins...) en découlent. En 2013 et 2014, les résultats de l'enquête ont été satisfaisants et stables (8,4/10) et font de Saint-Rémy la première région de France en terme de satisfaction des usagers, au niveau du groupe.

La présence d'un service qualité extérieur à l'établissement permet un regard décentralisé sur les pratiques et de travailler sur la démarche qualité. Une fois par an, ce dernier organise au

¹¹ *Schéma d'organisation médico-social, ARS IDF, 2012, p. 340.*

sein du groupe un « trophée qualité ». La responsable qualité et la direction médicale récompensent un Ehpad du groupe, selon des critères d'évaluation précis. Les protocoles, procédures et formations sont mutualisés entre les différents établissements du groupe par le biais de ce département.

Enfin, la direction de la résidence évalue trimestriellement les pratiques à partir d'une grille d'évaluation du groupe. Cet audit interne valorise le travail des professionnels et leur apporte une reconnaissance, ce qui est moteur dans le processus constant de l'amélioration des pratiques et de la qualité des soins.

2 Les troubles psychiatriques en Ehpad

L'Ehpad accueille majoritairement des résidents ayant besoin d'être guidé ou aidé au quotidien. La prise en charge des personnes présentant un syndrome démentiel, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, a été développée ces dernières années et l'établissement dispose, comme nous l'avons vu dans la première partie, de plusieurs lieux d'accueil spécialisés (UP et PASA). Une réflexion s'impose à ce jour sur les troubles psychiatriques, hors démence.

Mon projet managérial consiste à améliorer l'accompagnement des résidents souffrant de maladies psychiatriques chroniques, hors syndromes démentiels, en prenant en compte que « dans la plupart des cas, la morbidité psychiatrique dans l'âge avancé coexiste avec la maladie physique et est susceptible de se compliquer souvent de problèmes sociaux »¹². Les pathologies sont en général stabilisées à l'entrée dans l'institution mais avec un risque de décompensation. Il est donc important de maintenir le suivi psychiatrique et de proposer une prise en charge adaptée.

Afin de réfléchir à l'accompagnement qui serait le plus pertinent, il est d'abord nécessaire de bien comprendre les besoins et les enjeux. Pour cela, je présente dans la première partie les données démographiques et épidémiologiques, ainsi que la politique de santé relative au niveau régional et départemental. Nous comprendrons ainsi les objectifs dans ce domaine et le fonctionnement des réseaux psychiatriques. Dans la seconde partie, je dresse un état des lieux au sein de la résidence afin d'identifier les besoins à partir des difficultés rencontrées.

2.1 Système de santé

2.1.1 Données démographiques et épidémiologie

L'évolution sociétale tend vers un vieillissement de la population, allant de pair avec une augmentation en besoins de santé. Comme le note A. Prado-Jean, Ph. Nubukpo, M. Druet-Cabannac et PM. Preux (2010, p12), cette évolution « aura un effet direct sur les systèmes de soins par une élévation disproportionnée des personnes atteintes de démence ou de dépression. L'anxiété, la schizophrénie, l'alcoolisme et le suicide seront également des préoccupations majeures, car très présentes dans cette population âgée fragilisée par une santé physique précaire,

¹² (OMS, 1996) Questionnement sur les missions des EMS. Spécificités de la population de psychiatrie de l'âge avancé, p8.

la solitude et les problèmes socio-économiques »¹³. De même, « l'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIème siècle »¹⁴, à savoir la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs. Aussi, une réflexion autour des troubles psychiatriques chez le sujet âgé semble nécessaire et incontournable.

Le professeur T. Bougerol présente l'épidémiologie des troubles mentaux chez le sujet âgé à l'aide du tableau suivant :

Epidémiologie des troubles mentaux Chez le sujet âgé		Prévalence en population Générale (France)
Dépression		
symptômes dépressifs >65 ans (EURODEP)	12%	5%
incidence annuelle en EHPAD	6,4%	
prévalence annuelle en EHPAD	12 % (6-32 %)	
Troubles anxieux		
phobies	0,7-21,6 %	4-5 %
anxiété généralisée	1,2-10,8 %	4%
TOC	0,1-1,5 %	2%
trouble panique	0,1-3,5 %	1,5%
Troubles Bipolaires		
prévalence >65 ans (US)	0,5%	1,2%
urgences psychogériatriques	12,20%	
Psychoses		
prévalence	0,2-5,7 %	1%

Epidémiologie des troubles mentaux chez le sujet âgé¹⁵

Il faut noter la prévalence de la dépression (12% en Ehpads versus 5% en population générale). Les états anxieux se manifestent essentiellement par des phobies et une anxiété généralisée. La prévalence des psychoses chez le sujet âgé est non négligeable (0,2 à 5,7%). Concernant la psychose, l'étude de JRM. Copeland (1998)¹⁶ définit à 17% le nombre de patients psychotiques vivant en Ehpads, contre 44% hospitalisés à temps plein, 26% dans leur famille et 13% vivant seul. Cette étude commence à dater mais est encore régulièrement citée. Le nombre de personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques en Ehpads doit être aujourd'hui plus élevé en lien avec l'évolution de la pyramide des âges. Le pourcentage des plus de 60 ans est passé de 12,8% en

13 A. Prado-Jean, PH. Nubukpo, M. Druet-Cabannac, PM. Preux, *Epidémiologie des troubles psychiatriques*, in Clément, JP., *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion, 2010, Paris, Collection Médecine et Sciences.

14 *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – volet Hospitalier thématique*, ARS IDF 2012, p. 402.

15 T. Bougerol, *Difficultés de la psychiatrie du sujet âgé*, 1ère journée de Géro-psycho-geriatrie Grenobloise, 2011, CHU Grenoble.

16 G. Jolivet, *Psychose et vieillissement*, in *l'information psychiatrique*, vol 86, n°1, janvier 2010, psychiatrie du sujet âgé: enjeux cliniques et institutionnels.

1907 à 21,7% en 2007¹⁷ et on l'estime à l'horizon 2060 à un tiers de la population¹⁸.

L'âge est aussi un facteur déterminant. Les personnes âgées issus du circuit psychiatrique sont souvent plus jeune à leur entrée en institution, ce qui peut s'expliquer par des difficultés rencontrées dans le quotidien et d'une désadaptation sociale. G. Jolivet (2010) précise que « *la voie commune a plus ou moins longue échéance conduit à la maison de retraite à un âge d'entrée bien inférieur à la moyenne de la population de référence qui est de 84 ans* »¹⁹. Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) d'Île-de-France mentionne que « *les différentes pathologies ne recoupent pas le domaine de la gériatrie, la population est plus jeune (vieillesse accélérée des patients psychotiques et des handicapés mentaux). Il est difficile d'identifier un opérateur sanitaire précis pour la tranche des 60-75 ans. La reconnaissance de la sur-spécialité n'existe pas encore, ce qui pénalise l'attractivité auprès de jeunes médecins et contribue au manque de formations des psychiatres dans ce domaine* »²⁰. Une collaboration entre les métiers de gériatre et de psychiatre est de mise afin de prendre en charge les patients psychiatriques âgés.

2.1.2 Au niveau régional

La loi HPST du 21/07/2009 a confié aux ARS la mission d'élaborer un projet régional de santé (PRS) pour 5 ans, s'inscrivant dans la politique nationale de santé. Celui-ci fixe les orientations et les objectifs. Il se décline en un volet stratégique, trois schémas régionaux (le schéma régional de prévention (SRP), le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)) et des programmes. Le PRS d'Ile-de-France met en place un programme de gestion des risques, un de télémédecine, un d'accès à la prévention et aux soins et un d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

Le SROS d'Île-de-France définit 145 secteurs de psychiatrie générale. La région est relativement bien pourvue en nombre de psychiatre, avec des inégalités selon les départements. Cependant, près d'un psychiatre sur trois est âgé de plus de 60 ans et plus de la moitié de 55 ans révolus. La région va donc être confrontée à d'importantes difficultés en matière de démographie médicale. « *Le déficit est déjà patent en grande couronne* »²¹.

17 *Ibid*

18 N. Blanpain, O. Chardon, division enquêtes et études démographiques, Insee, cité par T. Bougerol, *Difficultés de la psychiatrie du sujet âgé, 1ère journée de Géronto-psychiatrie Grenobloise, 2011, CHU Grenoble.*

19 G. Jolivet, *Psychose et vieillissement, in l'information psychiatrique., vol 86, n°1, janvier 2010, psychiatrie du sujet âgé: enjeux cliniques et institutionnels.*

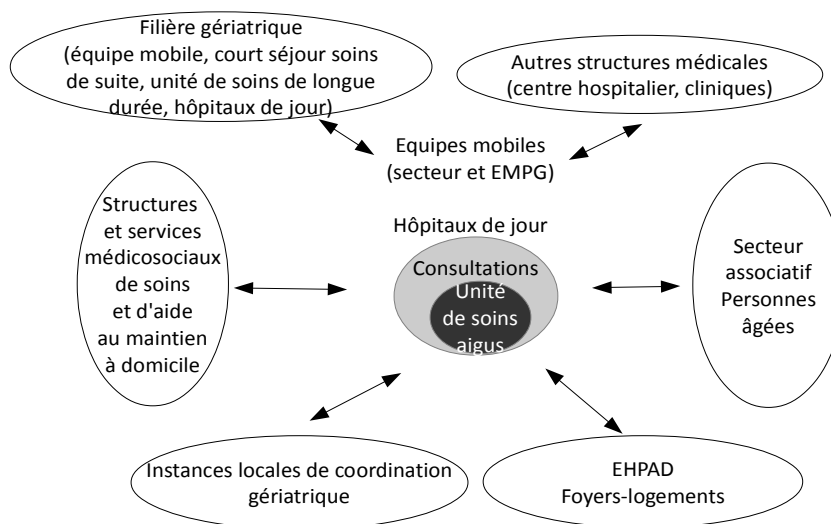
20 *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – Volet Hospitalier par thématique, ARS IDF, p.413.*

21 *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – Volet Hospitalier par thématique, ARS IDF p.408.*

En France, le système psychiatrique est sectorisé. Les personnes bénéficient d'une prise en charge hospitalière (à temps complet ou partiel) et d'une prise en charge ambulatoire (équipe mobile et centre médico-psychologie (CMP) au sein d'un territoire. Passé 60 ans, il peut être difficile de trouver des structures d'accueil car un antécédent psychiatrique fait souvent peur aux Ehpad qui rejettent alors les dossiers d'admissions n'étant pas suffisamment armés.

La notion de parcours de soin est importante en psychiatrie car le patient fait des allers-retours entre les établissements de santé (intra et l'extra hospitalier), les structures sociales et médico-sociales. Il faut nécessairement de la coordination entre les différents acteurs. Le parcours se définit comme une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient, sur un territoire donné, dans la proximité de son domicile. La notion de parcours de soin est une des évolutions de notre système de santé face à l'augmentation des maladies chroniques, qui sont responsables de la majorité des dépenses.

F. Viéban, RO. Peix et JP. Clément (2010, p 501) présentent les partenaires du réseau psychogériatrique contribuant aux parcours de soin des patients, sur le schéma suivant ²²:



Articulation du réseau psychogériatrie avec les partenaires de la filière de prise en charge des personnes âgées

Nous pouvons noter la présence de plusieurs acteurs dans la filière psychogériatrique. De plus, en ce qui concerne la psychiatrie du sujet âgé, il n'y a pas de politique menée sur l'ensemble du territoire mais des initiatives isolées, tributaires des SROS et des SROMS. Des projets spécifiques

²² F. Viéban, RO. Peix, JP. Clément, *Organisation des soins en psychiatrie de la personne âgée*, in Clément, JP., *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion, 2010, Paris, Collection Médecine et Sciences.

de prise en charge des troubles psychiatriques en Ehpad ont vu le jour de façon disparate selon les territoires.

Enfin, le SROS fait état qu'en psychiatrie du sujet âgé, l'offre de soins francilienne est « nettement insuffisante ». « A part de rares exemples proposant un dispositif complet, l'offre est hétérogène, voire embryonnaire dans certains territoires, faite de dispositifs isolés ou partiels (lits dédiés, places d'hôpital de jour, consultations, équipes mobiles ou de liaison) (...) En psychiatrie libérale, il n'existe pas ou peu de soins spécifiques aux personnes âgées qui représentent pourtant 10 à 15% de la clientèle »²³. De plus, il est mentionné qu'une enquête de l'ARS en 2010 montrait un faible investissement des CMP auprès des Ehpad.

Si la prise en charge de la population âgée concerne à titre principal les structures médico-sociales, on ne peut répondre efficacement à leurs attentes et à leurs besoins qu'en adoptant une logique de complémentarité entre le médico-social, l'ambulatoire, l'hospitalier et le social.

2.1.3 Au niveau départemental

L'offre médico-sociale est relativement conséquente concernant les établissements pour les personnes âgées puisque les Yvelines occupe la « troisième place des départements les mieux équipés en places d'EHPAD de la région avec 90 EHPAD, soit 8 885 places »²⁴. L'offre en structures de soins y est quantitativement importante avec 52 établissements de santé dont 13 structures publiques, 8 établissements de santé privé d'intérêt collectif (Espic) et 31 privées commerciales.

Le territoire des Yvelines (annexe 4) regroupe des unités de soins de longue durée (USLD) et des Ehpad essentiellement à l'est (annexe 4.1). Il est composé de deux infra territoires géographiques, un au nord et un au sud. La résidence Saint-Rémy fait partie du territoire « Sud-Yvelines » (annexe 4.2). Le niveau de vie est particulièrement élevé dans le département qui a un taux de pauvreté des plus faibles.

Au niveau du secteur de psychiatrie, nous dépendons du secteur 78 G 16 (annexe 5 et 6). Nous sommes donc rattachés au centre hospitalier Charcot de Plaisir concernant l'hospitalisation, et au centre Montaigne de Rambouillet pour les suivis et consultations ambulatoires (CMP, hôpital de jour et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel).

La psychiatrie du sud du département bénéficie de l'appui du réseau de promotion pour la

23 Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – Volet Hospitalier par thématique, ARS IDF, p.412

24 Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – Volet Hospitalier, ARS IDF, p 126

santé mentale (RPSM 78) qui a pour mission d'organiser, d'animer et de coordonner les moyens mis en commun en vue d'améliorer la prévention, le soin et l'insertion des personnes relevant du champ de la santé mentale. En sont membres des professionnels libéraux (médecins généralistes, psychiatres et psychologues) et les six établissements de santé (le Centre Hospitalier André Mignot de Versailles, le Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot de Plaisir, l'institut Marcel Rivière de La Verrière, la Clinique d'Yveline de Vieille-Eglise-en-Yvelines, l'Hôpital Gériatrique et Médico-Social de Plaisir-Grignon et le Centre Hospitalier de Rambouillet).

Pour le sujet âgé, le réseau RPSM 78 dispose d'un centre d'évaluation en psychiatrie de la personne âgée (C.E.P.P.A.) qui a une mission d'évaluation, ouverte aux services sanitaires et sociaux en difficulté avec un patient, ainsi qu'une équipe mobile du sujet âgé (EMSA-PSY) qui propose des évaluations et un soutien aux aidants et personnels soignants en intervenant sur les lieux de vie. Ces équipes tentent de répondre aux objectifs fixés dans le SROS qui prône que « *des liens plus étroits devront par ailleurs être tissés entre les secteurs de psychiatrie et le médico-social, notamment en gériatrie avec des équipes mobiles se déplaçant dans les EHPAD* »²⁵.

Tel que le traduit le projet régional de santé, il semble il y avoir une prise de conscience des besoins liés à la psychiatrie du sujet âgé et sur les améliorations à apporter au système. Il n'y est cependant pas fait mention de structures spécifiques ni de moyens particuliers alloués.

2.2 État des lieux dans la résidence Saint-Rémy

2.2.1 Analyse de terrain

D'après le rapport annuel d'activité médicale 2014, 62 % des résidents vivant dans la résidence Saint-Rémy sont désorientés.

L'étude de la population réalisée en novembre 2014 en équipe pluridisciplinaire avec le médecin gériatre identifie une cible de vingt-trois résidents. Ceux-ci souffrent de troubles psychiatriques anciens, stabilisés avec un risque de décompensation, et pourraient bénéficier du projet d'accompagnement sur lequel nous travaillons du fait des difficultés de prise en charge rencontrées, au niveau du parcours, de la prise en charge non médicamenteuse et du projet personnalisé dans l'Ehpad.

La lecture des dossiers médicaux met en évidence les éléments suivants.

25 Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – Volet Hospitalier, ARS IDF, p 127.

Sur les vingt-trois résidents, six présentent une psychose, huit un trouble bipolaire et neuf une dépression chronique sévère. Alors que la moyenne d'âge dans la résidence est de 83 ans, celle des résidents concernés est de 77,5 ans, allant de 59 ans à 96 ans. Leurs lieux de vie se trouvent sur les différents secteurs de la résidence. Au fur et à mesure des entrées la volonté a été de répartir sur le site les personnes avec des pathologies psychiatriques, plutôt que de les rassembler dans un même lieu. Les représentations liées à la psychiatrie et les difficultés de prise en charge pouvant y être associées ont justifié ce choix qui pourrait être aujourd'hui discuté. Aussi, chaque secteur et professionnel est confronté à ce type d'accompagnement.

L'étude des parcours montre souvent plusieurs hospitalisations, dans différents hôpitaux et cliniques ainsi que des suivis par plusieurs psychiatres. La question de la continuité des soins est ici au premier plan. Lorsque les personnes se sont installées à la résidence Saint-Rémy, la moitié d'entre elles a conservé leur suivi psychiatrique alors que l'autre moitié a changé de psychiatre afin d'être suivi par un médecin de secteur. De plus, un psychiatre libéral est intervenu pendant un an sur la résidence en 2013, à raison d'une fois par mois. Il a rencontré plusieurs résidents mais n'a pas poursuivi ses entretiens en 2014.

Concernant les hospitalisations, les médecins gériatres ont des difficultés à trouver une place. De fait, elles se font souvent en dehors de l'établissement de rattachement. Nous travaillons notamment avec l'Institut Marcel Rivière de la Verrière et, de plus en plus, avec la clinique gérontopsychiatrique de Rochebrune à Garches (92) avec laquelle une convention est en cours. Certes, dans le territoire Yvelinois, plusieurs structures et établissements existent mais une certaine difficulté et lourdeur semble demeurer dans le processus.

L'impression générale donnée par l'étude des dossiers est qu'il existe des difficultés à travailler avec le secteur et un manque de coordination dans le parcours de soin, alors même que c'est une nécessité en psychiatrie.

Outre le suivi psychiatrique, les résidents bénéficient dans leur projet personnalisé d'un accompagnement par différents intervenants. Des séances de psychomotricité, d'art thérapie, de musicothérapie, d'ergothérapie ainsi qu'un suivi psychologique sont proposés en individuels ou en groupe. Les thérapeutes et paramédicaux se réfèrent aux médecins gériatres coordonnateurs, qui sont les prescripteurs pour les suivis, mais n'ont aucun échange avec les psychiatres référents. Alors que nous souhaitons travailler sur le parcours, ne serait-il pas la première nécessité que d'informer les psychiatres et de recueillir leur expertise sur ces suivis pour leur patient ? Pour certains, un accueil au Pasa a été ou est proposé, sur dérogation. Initié afin de gérer les troubles du

comportement pouvant être présent, nous nous rendons cependant compte qu'il n'est pas toujours adapté. Je pense notamment à un monsieur souffrant de troubles psychotiques anciens qui déambule sans cesse dans la résidence. Nous tentons de l'intégrer au Pasa mais il fait des allers retours, il est perçu négativement par les autres résidents, un décalage se crée alors et il ne peut, de ce fait, s'inscrire dans les groupes et ateliers. Le cadre dont il aurait besoin n'est pas le même que celui des autres résidents souffrant de troubles démentiels. Lors des ateliers de groupes, une différence est souvent perçue entre les résidents présentant des troubles psychiatriques et les autres, par les encadrants et par les résidents entre eux.

Dans les unités les soignants sont formés à l'approche de la démence, ils savent comment rassurer les personnes et comment prendre en charge les troubles du comportement. Ils perçoivent que les troubles des résidents souffrant de pathologies psychiatriques ne sont pas du même ordre et sont en demande de compréhension et d'outils pour la prise en charge au quotidien.

Afin d'identifier les besoins de la résidence en ce qui concerne l'amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques, il est selon moi nécessaire d'avoir en tête les principales caractéristiques des trois pathologies mises en avant, ce qui servira dans la démarche de gestion prévisionnelle et métiers et des compétences (GPMC), abordé dans la quatrième partie.

2.2.2 Pathologies psychiatriques

Nous abordons ici très brièvement les pathologies psychiatriques afin de mettre en lumière la spécificité de ces troubles chez le sujet âgé. Leur connaissance constitue le fondement du projet au sein de l'Ehpad et de l'aspect formation. De plus, elle engendre un positionnement vers lequel il faudra accompagner les soignants.

2.2.2.1 Les Psychoses

Le terme de psychose rassemble plusieurs pathologies, dont la schizophrénie, ayant comme point commun une perte de contact avec la réalité, une perception distordue, des troubles du cours de la pensée, la présence de délires, d'hallucinations et/ou de violences. Le concept de « schizophrénie tardive »²⁶ est employé en psychiatrie du sujet âgé lorsque les troubles se manifestent à un âge avancé. Plus généralement, on parle du vieillissement des psychoses.

²⁶ Bazin, N., Clément, JP. et Jalenques, I., *Pathologie délirante (avec le concept de « schizophrénie tardive » et le vieillissement des psychoses)*, in Clément JP., *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion, 2010, Paris, Collection Médecine et Sciences, p159.

Selon N. Bazin, JP. Clément et I. Jalenques²⁷, les patients psychotiques présentent des particularités diagnostiques et de prise en charge à connaître afin de proposer une qualité optimale de soins. Les auteurs nous expliquent que « *dans le grand âge, les patients présentent plutôt des tableaux cliniques résiduels peu différenciés dans lesquels l'indifférence, le retrait affectif, l'aboulie, le négativisme, le maniérisme et les stéréotypies sont au 1er plan (...) avec la désorganisation de la pensée, l'énonciation de production délirantes, et des hallucinations* »²⁸. Face aux tableaux cliniques qui ont tendance à être moins marqués avec l'avancée en âge, il est important que les intervenants les connaissent, qu'ils sachent repérer, comment intervenir en cas de rupture avec la réalité et comment rassurer.

2.2.2.2 Les troubles bipolaires

Les troubles bipolaires sont caractérisés par des variations de l'humeur, alternant entre périodes de mélancolie (dépression) et accès maniaques (manie), entrecoupées de période de stabilité. Cette pathologie psychiatrique est associée à un fort risque de décès par suicide. L'accès mélancolique est marqué par une humeur dépressive, un ralentissement psychomoteur, une pensée dépressive et des troubles somatiques. L'accès maniaque se caractérise par une euphorie, des troubles intellectuels, de l'idéation, de l'activité, des symptômes somatiques et des conséquences sur la vie sociale.

D'après F. Galland, I. Jalenques, D. Malauzat et JP. Clément (2010)²⁹, les sujets âgés bipolaires manifesteraient plus de symptômes dépressifs et d'épisodes mixtes avec moins de troubles de la pensée et plus d'éléments délirants de persécution. L'euphorie serait moins intense et l'irritabilité plus fréquente. Il existerait également davantage de symptômes confusionnels, de trouble du comportement et de troubles cognitifs. Tel qu'il l'a été explicité lors du 30ème congrès de psychogériatrie (10 et 11/09/2014), les troubles bipolaires chez le sujet âgé peuvent engendrer des symptômes communs avec les troubles démentiels, rendant la prise en charge complexe. L'évolution du trouble bipolaire chez le sujet âgé est à prendre en compte afin de mettre en place « *des programmes préventifs vis-à-vis des récurrences thymiques, des comorbidités psychiatriques et des conduites suicidaires trop fréquentes* »³⁰.

Nous allons donc travailler en préventif afin de tenter de maintenir un lien social avec les personnes âgées atteintes de troubles bipolaires. La notion de vie relationnelle, de socialisation et de

27 Ibid, p 166.

28 Ibid, p. 171.

29 Galland, F. , Jalenques, I., Malauzat, D. et Clément, JP., *Troubles bipolaires*, in Clément JP., *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion, 2010, Paris, Collection Médecine et Sciences, p 256.

30 Dr Emilie Olié, *Troubles bipolaires : la polarité dominante*, AstraZeneca.

valorisation doit être au premier plan, dans une juste mesure, afin de ne pas faire basculer la personne du côté de la manie.

2.2.2.3 La dépression chronique sévère

D'après le DSM IV³¹ les critères diagnostiques de l'état dépressif majeur se définissent par au moins cinq symptômes, parmi les suivants, dont un de premier rang. Les symptômes de premier rang sont l'humeur dépressive, la perte d'intérêt ou de plaisir. Les symptômes de deuxième rang regroupent les troubles liés au poids, au sommeil, à la psychomotricité, à l'énergie, à la dévalorisation, à la concentration, à la décision ainsi que les pensées de mort et de suicide. Dans un tiers des épisodes dépressifs des éléments délirants sont présents. Le syndrome dépressif sévère est un facteur aggravant du risque suicidaire.

La prévalence des symptômes dépressifs chez les sujets âgés augmente considérablement, car les personnes présentent des problèmes de santé, des ruptures avec leurs habitudes de vie et des facteurs aggravants, comme la solitude ou les ruptures multiples. *«On estime que probablement 1/3 des sujets de + de 65 ans a des symptômes dépressifs »*³². Certains facteurs sont considérés comme protecteurs comme la personnalité, la capacité à se projeter dans l'avenir, le fait de jouer un rôle personnel au profit de la collectivité et la religion.

Il est donc important de proposer un suivi adapté tout en faisant attention de prendre en compte la spécificité du sujet âgé. Docteur Philippe Cléry-Melin, psychiatre, rappelle que *« la psychiatrie de la personne âgée est complètement distincte de la psychiatrie de l'adulte tant sur le plan des origines, des facteurs de causalité, des aspects liés à l'hérédité ou à l'environnement. Traiter aujourd'hui une dépression de la personne âgée comme on traite une dépression de l'adulte, c'est oublier de prendre en compte les facteurs de rupture et la vulnérabilité de la personne âgée »*³³.

Ces divers éléments de sémiologie psychiatrique nous permettent de comprendre les besoins spécifiques en terme de formation du personnel soignant, ne serait-ce que pour identifier un risque suicidaire.

Cet état des lieux nous amène à présent à réfléchir aux difficultés rencontrées dans la résidence dans l'accompagnement des résidents présentant des troubles psychiatriques vieillissants.

31 JP. Clément, PH. Nubukpo et S. Bonin-Guillaume, *Pathologie Dépressive*, p. 141-158, in Clément JP., *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion, 2010, Paris, Collection Médecine et Sciences.

32 Ibid.

33 www.clinique-rochebrune.com

2.2.3 Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées sont selon moi, de quatre ordres.

Premièrement, celui de travailler avec le secteur. D'un côté, il est saturé et les places d'hospitalisations non toujours disponibles. Les consultations psychiatriques au CMP se font à flux tendus avec une réticence de la part du psychiatre référent pour suivre « les nouveaux patients parisiens qui arrivent dans la résidence ». De l'autre, il semble exister une méconnaissance des possibilités qu'offre le réseau de santé mentale du secteur sud-Yvelines. L'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMSA-PSY) n'est pas connue par les médecins gériatres.

Deuxièmement, les troubles psychiatriques véhiculent des représentations, aussi bien chez les soignants que les résidents. Comme le notent N. Bazin, JP. Clément et I. Jalenques (2010) « *fréquemment, ces personnes sont valides, mais ne sont pas autonomes pour les actes de la vie quotidienne; leur comportement, différent de celui des autres résidents (...) peut générer une certaine stigmatisation de la part des résidents, de leur famille, et poser des problèmes aux équipes qui les prennent en charge* ». ³⁴ Les représentations stéréotypiques sont présentes au sein de la résidence, tel que « les schizophrènes sont violents », « les dépressifs manquent de volonté » ou encore « les bipolaires sont ingérables ». Certains résidents sont rejetés par d'autres du fait de leurs troubles qui les rendent « bizarres ». Le comportement des résidents entre eux et la stigmatisation par certains soignants peuvent venir alimenter les délires de persécution et majorer l'angoisse et l'anxiété. En toile de fond se pose la question des risques, risque de passage à l'acte pour le résident et risque en lien avec un mal être au travail pour le soignant. Les personnes de plus de 65 ans représentent la tranche de la population la plus à risque de décès par suicide, en particulier lorsqu'elles sont déprimées. Selon les chiffres du CepiDc-Inserm, 28% des suicides survenus en France en 2010 ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus. Selon les analyses épidémiologiques, près de 90 % des suicides de personnes âgées sont en lien avec un trouble psychiatrique ³⁵.

Face à une prise en charge non adaptée, le soignant peut ressentir de la peur de s'occuper des patients psychiatriques, une sensation de malaise, d'impuissance et de mauvaise prise en charge. Or, dans les Ehpad, le risque d'épuisement professionnel est lié à plusieurs facteurs dont « *la charge émotionnelle intense dont subit le personnel face à la souffrance* ». A. Marro (2013,

34 Bazin, N., Clément, JP., et Jalenques, I., *Pathologie délirante (avec le concept de « schizophrénie tardive » et le vieillissement des psychoses)*, in Clément JP., *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion, 2010, Paris, Collection Médecine et Sciences., p.171-172.

35 Recommandation ANESM, *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*, mai 2014.

p.119)³⁶.

Troisièmement, les projets personnalisés pour les résidents issus de la psychiatrie doivent tenir compte des spécificités individuelles. Ils varient de ceux des résidents sans troubles mentaux. Par exemple, alors que dans un cas le cadre est primordial, dans l'autre ce dernier peut être plus souple. L'âge des résidents est différent dans les deux populations et, de ce fait, les besoins et les attentes varient. Les résidents sont souvent plus mobiles, les propositions d'ateliers doivent en tenir compte. L'institution doit alors adapter son fonctionnement, éviter les ruptures de prise en charge et garantir la coordination et les échanges entre les intervenants.

Enfin, la dernière difficulté est celle lié au financement. Il n'y a actuellement pas d'enveloppe dédiée à la prise en charge des troubles psychiatriques hors démence et troubles du comportement. De plus, les résidents sont souvent relativement autonomes et donc peu valorisé dans le cadre des subventions liées au GMP. De plus, les résidents présentant des troubles psychiatriques anciens ont pu présenter des difficultés d'insertion sociale et donc avoir peu de ressources et relever de l'aide sociale.

Face à cet état des lieux dans la résidence Saint-Rémy, il m'a semblé pertinent d'utiliser l'outil SWOT afin de mettre en avant les forces et les faiblesses de l'établissement avant d'aborder le projet dans ses différentes étapes.

	POSITIF (pour atteindre l'objectif)	NEGATIF (pour atteindre l'objectif)
ORIGINE INTERNE (Organisationnel)	FORCES <ul style="list-style-type: none">- le projet est porté par la direction de l'établissement et le médecin coordonnateur référent- présence d'une équipe pluridisciplinaire conséquente- environnement et cadre de vie de la résidence- besoins et enjeux identifiés	FAIBLESSES <ul style="list-style-type: none">- représentation / stigmatisation de la psychiatrie- problème de locaux pour les ateliers thérapeutiques- besoin en formation- touche une minorité de résidents (9%)
ORIGINE EXTERNE (Environnement)	OPPORTUNITES <ul style="list-style-type: none">- adaptation par rapport aux besoins / évolution sociétale- appels à projets par certaines ARS pour le développement de la psychiatrie en Ehpad (ex : Lyon)- présence de l'équipe mobile EMSA-PSY et d'un Réseau de promotion de santé mentale (GCS)	MENACES <ul style="list-style-type: none">- pas de moyens budgétaires afférents- peu de communication et de déploiement de l'action de l'équipe mobile- impact sur l'image de la résidence « de standing »

Matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) du projet

36 Marro, A, *L'art de manager en EHPAD, Les études hospitalières, 2013, Bordeaux, Collection pratiques professionnelles.*

3 Gestion de projet

Dans cette partie, nous verrons comment le projet managérial à été élaboré et mené. Après avoir défini les objectifs, les intérêts et les contours du projet, nous tentons de tirer parti d'expériences menées sur d'autres structures. Une finalité souhaitée du projet concerne des ateliers thérapeutiques spécifiques et la modélisation d'un réseau ressource pour l'Ehpad. Une réflexion s'impose alors sur la question de la stigmatisation. Nous définirons enfin quel dispositif de suivi et d'évaluation est envisagé. L'aspect formation du personnel sera abordé dans la quatrième partie au niveau des ressources humaines.

3.1 Conduite de projet

La haute autorité de santé (HAS, 2006) définit la notion de projet comme « *un ensemble d'actions mises en œuvre pour atteindre un but précis, pour répondre à un besoin spécifique* »³⁷.

La conduite de projet se fait en cinq phases. La première étape consiste à identifier les opportunités et définir les besoins. Le projet de travail sur les troubles psychiatriques dans l'Ehpad a été discuté avec la direction de l'établissement et le médecin coordonnateur référent lors de la constitution de mon dossier d'inscription en master, puis à la rentrée, aboutissant à l'élaboration de la note de cadrage en octobre 2014 que vous trouverez en annexe 7. La faisabilité (2ème phase) a été étudiée au moins d'octobre. La lettre de mission, signée par la direction a réellement constituée le lancement du projet. Les étapes suivantes, à savoir la planification (3ème étape) puis la réalisation (4ème étape) ont suivi. La dernière étape concerne le bilan.

3.1.1 Lettre de mission et planification des actions

Vous trouverez en annexe 8 la lettre de mission du projet managérial. Il est important pour la réussite des actions qu'il soit porté par l'institution. Les besoins, les objectifs et les acteurs sont clairement définis.

Le projet dans la résidence est motivé par le constat que les projets de vie et de soin des résidents présentant des pathologies psychiatriques anciens au sein de l'Ehpad pourraient être améliorés. La prise en charge actuelle n'est pas satisfaisante du fait de difficultés de prise en charge

³⁷ Cours « Conduite de projet » I. Robineau-Fauchon, Master MOS 14-15.

dans les soins, les ateliers non médicamenteux, et au niveau du réseau de psychiatrie (cf. 2.2.3). Le besoin d'amélioration de l'offre proposée par la structure est ressenti par les équipes soignantes, paramédicales et par les résidents eux-mêmes.

L'objectif consiste donc à améliorer la qualité de la prise en charge par une réflexion sur l'accompagnement, de la formation à la psychiatrie du sujet âgé et la mise en place d'ateliers thérapeutiques adaptés. En parallèle, nous développerons les liens avec le réseau de psychiatrie de secteur et les psychiatres. Les partenariats et conventions doivent être favorisés. Un réseau « ressource » sera défini en cas de décompensation.

Plusieurs acteurs interviennent. Les personnes concernées sont la directrice, la cadre de santé et le service ressources humaines. Les personnes impliquées sont les soignants, les médecins (en tant que prescripteur et coordonnateurs des soins), les thérapeutes (art thérapeute, musicothérapeute et psychologues) et paramédicaux (psychomotriciens, infirmiers). Les personnes ressources dans l'institution pour le projet sont le médecin coordonnateur référent, ancienne gériatre dans un service de psychogériatrie, et une clinique psychiatrique du groupe (Clinea) avec laquelle la télémédecine fonctionne.

Pour la mise à bien du projet, nous nous appuyons sur les compétences de ses différents acteurs et définirons celles à développer dans la quatrième partie concernant l'aspect ressources humaines.

L'intérêt du projet porte sur la qualité des soins et la qualité de vie des résidents. Il permet également de dé-stigmatiser la psychiatrie en favorisant la compréhension des troubles, une ouverture sur l'environnement et un travail collaboratif.

Dans le travail engagé, je me positionne en tant que responsable de projet. Ma posture consiste à coordonner la bonne réalisation des différentes étapes et à réfléchir aux enjeux en accompagnant le changement. En effet, ce projet engendre une évolution des pratiques habituelles. En général les dossiers de pré-admission retraçant une histoire de vie complexe avec des troubles psychiatriques sont rejetés. Aussi, se pencher sur ce sujet semble déjà constituer un pas vers une conduite de changement pour l'avenir, en lien avec l'accroissement du nombre de personnes âgées relevant de la psychiatrie. Nous aborderons la notion d'accompagnement du changement dans la partie 4.4

Par définition, la démarche de projet est structurée, planifiée et limitée dans le temps. Elle se déroule sur le temps de l'année universitaire du master, avec un objectif de présenter à l'ARS et de débiter les ateliers thérapeutiques en septembre 2015. Pour planifier les étapes, j'ai utilisé un

diagramme de Gantt que vous trouverez en annexe 9.

En terme de communication, le projet a été tout d'abord présenté en réunion de direction en septembre 2014. Ce staff de direction hebdomadaire regroupe l'ensemble du personnel de direction : directrice, adjoints de directions, cadre de santé, responsable paramédical et médecin coordonnateur référent. J'ai ensuite fait part de l'avancé au fur et à mesure. Concernant les groupes de travail, un compte-rendu a été transmis à la direction et aux participants.

3.1.2 Le groupe de travail

L'outil du groupe de travail a été choisi afin d'impliquer les acteurs, sur la base du volontariat. Nous nous sommes appuyés sur la théorie selon laquelle pour que les salariés soient partie prenante du changement, il faut les impliquer dans le projet. C. Marsan (2008) écrit que *« lorsque le changement est suffisamment bien expliqué, que les acteurs concernés sont impliqués au plus tôt dans le processus d'élaboration du changement ou de mise en œuvre, alors les résistances diminuent »*³⁸. Le groupe de travail se compose d'une équipe pluridisciplinaire de dix personnes avec différents profils, expériences et compétences. Il regroupe deux infirmiers, une musicothérapeute, un cadre de santé, un psychologue, trois psychomotriciennes, un médecin coordonnateur et moi-même en tant que responsable du projet et d'animateur du groupe. A chaque réunion un ordre du jour a été élaboré et un des participants a été chargé de noter les échanges afin que je puisse réguler la prise de parole entre les membres du groupe.

La première rencontre a eu lieu le 7 novembre 2014. J'ai présenté avec le médecin gériatre coordonnateur le projet et utilisé la méthode de résolution de problème QQQQCP ou hexamètre du quintilien. Le groupe a ainsi réfléchi sur les questions : qui (quels résidents)? Quoi (entretien, atelier, partenariat...)? Où (en terme de lieu) ? Quand (durée, fréquence des ateliers...)? Comment (cadre, co-thérapie...)? Et pourquoi ? Il est important selon-moi que chacun se questionne sur le sens. Certaines interrogations sont restées en suspens et ont été reprises lors du deuxième groupe de travail. Les échanges ont été riches et des axes de réflexion en sont ressortis, dont les suivants.

- Chacun a nommé des résidents auxquels il pensait comme pouvant entrer dans le projet, sachant qu'il est « difficilement possible de classer un résident dans une catégorie ou une pathologie », du fait des comorbidités et pathologies associées avec l'âge.

³⁸ Marsan, C., *Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs ?* De Boeck, 2008, Bruxelles, p.108.

- Une réflexion a été initiée sur la place de l'infirmier. La conception de son travail en psychiatrie est différente de celle en gériatrie. Quel est son rôle dans l'accompagnement des résidents ayant des troubles psychiatriques ? Est-il possible qu'il participe à des ateliers thérapeutiques dans une dynamique de coopération et mutualisation des compétences ? Peut-il mener des entretiens informels avec les résidents en rapport avec leur charge de travail ? D'où la nécessité de bien définir les contours de son intervention en situation.
- Le besoin de formation et d'aller observer « comment cela se passe » dans le domaine de la psychiatrie, ont été évoqué par le groupe.
- La volonté de travailler en co-thérapie afin de mutualiser les compétences et de souder les liens d'équipe. Actuellement un cloisonnement entre les différents corps de métier est ressenti. Les thérapeutes, les paramédicaux et les infirmiers ont exprimé le souhait de travailler ensemble.
- Un temps de supervision ou de groupe de parole, considéré comme indispensable, a été évoqué.
- La nécessité de mettre des mots sur la maladie avec les résidents souffrant de troubles psychiatriques, sachant que c'est plutôt une contre habitude en pratique quotidienne au sein de la résidence.
- Des éléments du cadre : plutôt des petits groupes d'ateliers thérapeutiques et étalés sur la semaine en terme de fréquence.
- Réflexion autour des limites du projet et surtout, « ne pas imaginer que l'on peut remplacer un hôpital psychiatrique ».

La seconde réunion s'est déroulée le 17 avril 2015. Nous avons échangé sur les visites de structures qui ont eu lieu de janvier à début avril, et qui sont détaillées dans la partie suivante de l'écrit, élaborer le programme de formation qui sera dispensé par un psychiatre et une infirmière du réseau RPSM 78, fait le point sur les ateliers thérapeutiques et conclut. Les éléments de conclusion seront repris dans le bilan du projet (4.5).

Le deuxième outil utilisé est celui du « benchmarking » afin de comprendre le

fonctionnement plus spécifique de la psychiatrie du sujet âgé et de se nourrir des expériences d'autres institutions.

3.2 Démarche de Benchmark

En anglais, un « benchmark » est un point de référence. La notion de Benchmark se définit en management comme une démarche d'observation, d'analyse des performances et des pratiques utilisées dans d'autres structures. Concernant notre projet, nous nous sommes enquêrîs d'expériences d'autres institutions prenant en charge des personnes âgés avec des pathologies psychiatriques. L'objectif est de recueillir des méthodes, des avis et des outils nous permettant d'avancer dans la réflexion.

J'ai élaboré une fiche de recueil de données que vous trouverez en annexe 10. Elle a été remplie pour chacune des quatre structures avec lesquelles nous nous sommes entretenus (annexes 10.1 à 10.4). Nous présentons en premier lieu deux retours d'expériences en Ehpad, qui ont été recueillis lors d'un congrès pour l'un, et lors d'un entretien téléphonique pour l'autre. Puis, nous retraçons deux visites qui ont été faites avec les participants au groupe de travail dans des structures environnantes de la résidence.

3.2.1 Partages d'expériences

3.2.1.1 Maison Blanche à Beaucourt (90)

En vue de ce projet managérial, je me suis rendue avec le médecin coordonnateur de la résidence au 30ème congrès de psychogériatrie de langue française qui s'est tenu du 10 au 12 septembre 2014 à Besançon. Lors de celui-ci une intervention a tout particulièrement retenu notre attention, intitulée : « unité de psychiatrie en Ehpad : à propos d'une expérience novatrice ». P. Vandel et V. Vallat ont présenté une unité de psychiatrie pour personnes âgées de 14 lits intégrée dans un Ehpad de 206 lits, comprenant quatre unités protégées (UP), une unité pour handicapés vieillissants et un accueil de jour. Cette unité a vu le jour en septembre 2012 grâce à un partenariat, officialisé sous forme d'une convention, entre l'association hospitalière de Franche-Comté (AHFC) et l'Ehpad Maison blanche de la fondation Arc-en-ciel, fondation reconnue d'utilité publique conduisant une mission à but non lucratif. Cette unité est « *dédiée à l'accueil de personnes âgées présentant des pathologies psychiatriques stabilisées avec un risque de décompensation* ».

important ».

La convention a défini les termes du partenariat comprenant notamment l'accueil sur l'Ehpad de 14 résidents issus de la psychiatrie dans des locaux adaptés, l'AHFC mettant a disposition une journée hebdomadaire de psychiatre et une infirmière quotidiennement. Cette unité est « intermédiaire entre un service de psychiatrie aiguë et un Ehpad classique ». Les équipes ont été formées par l'AHFC et l'ARS de Franche-Comté soutien ce projet novateur. L'admission d'une personne âgée dans cette unité n'est pas définitive, elle peut par la suite rejoindre une unité de vie classique.

Le constat du manque de possibilités d'accompagnement pour les personnes vieillissantes atteintes de pathologies psychiatriques a motivé ce projet qui vise à « *réduire ou éviter des hospitalisations répétées de ces résidents pour des pathologies psychiatriques qui sont stabilisées* » précise JP. Peugeot³⁹, président de la fondation Arc-en-ciel.

3.2.1.2 Résidence Beau Site à Marseille (13)

La résidence Beau Site est un Ehpad privé à but lucratif du groupe DOMUS VI. Je me suis entretenue par téléphone avec la directrice de cette structure (120 lits), qui a ouvert en 2011 une unité de vie pour des patients psychiatriques âgés. Une ancienne annexe a été réaménagée afin de créer ce secteur de 32 lits qui fonctionne avec les moyens de l'Ehpad, auxquels il faut ajouter deux vacations par semaine de psychiatres et un temps plein d'animatrice. La volonté a été de rassembler les résidents avec ce profil, déjà présent sur l'établissement, sur une même unité car la prise en charge était complexe en unité « classique ». Les projets de vie et de soins sont adaptés aux résidents, qui sont plus jeunes que dans le reste de l'Ehpad, avec deux dérogations d'âge. Comme le dit Madame la directrice, « le projet personnalisé fonctionne depuis longtemps en psychiatrie ».

La résidence travaille avec le réseau de secteur et notamment avec deux cliniques et un hôpital psychiatrique. Les entrées se font souvent en post-cure après une visite des lieux avec une assistante sociale. En contrepartie, le réseau est présent et répond en cas de difficultés de prise en charge rencontrées dans l'Ehpad. L'équipe du CMP vient une fois par mois. Les psychiatres suivent les patients et encadrent l'équipe soignante. L'animatrice de l'unité est en charge des activités sur le budget animation de l'Ehpad.

³⁹ <http://www.fep.asso.fr/articles/un-partenariat-en-faveur-des-personnes-agees-souffrant-de-pathologies-psychiatriques/>

Selon Madame la directrice, la gestion est facilitée du fait que ce soit une unité de vie, elle voit une difficulté supplémentaire au fait qu'il n'y ait pas d'unité dédiée dans notre résidence. Le principal frein qu'elle cite concerne le financement qui n'existe pas, elle n'a reçu aucune dotation ni aide financière supplémentaire. De plus, les résidents accueillis relèvent pour la plupart de l'aide sociale et elle déplore des factures impayées. Enfin, une réflexion est nécessaire sur le cadre, tel qu'il peut être imposé en psychiatrie (notion de contrat), sur la notion d'accompagnement et de respect du choix des personnes, sur lesquelles nous nous appuyons beaucoup en Ehpad. Dans ses recommandations quant à notre projet, elle nous conseille de trouver un « bon psychiatre » et « d'envoyer les équipes en milieu psychiatrique » afin d'appréhender le fonctionnement de la psychiatrie en générale.

Ces deux projets restent des initiatives isolées qui interrogent sur le statut et la reconnaissance des sujets âgés avec des troubles psychiatriques. La question de la stigmatisation que nous aborderons dans la partie suivante (3.3.3) est sous-jacente.

3.2.2 Visites de structures

3.2.2.1 Unité de psychiatrie du sujet âgé à La Verrière (78)

Nous avons décidé de visiter cette unité de l'Institut Marcel Rivière, structure privée participant au service public spécialisée dans la santé mentale, pour deux raisons. La première est qu'elle fait partie de notre secteur et nous sommes donc amenés à travailler ensemble. La seconde est, qu'en tant qu'unité de psychiatrie du sujet âgé, qu'elle accueille spécifiquement les résidents pour lesquels nous souhaitons améliorer la prise en charge. Les personnes âgées peuvent être orientées en Ehpad à la sortie de l'hospitalisation lorsque le retour à domicile n'est pas envisageable. De même, en cas de décompensation, les résidents d'Ehpad peuvent être hospitalisés au sein de cette unité, après une visite de préadmission qui a lieu sur leur site.

Nous avons été reçus par la cadre de santé et l'équipe soignante au complet (trois IDE, une stagiaire et trois AS). Ce service aigu de psychiatrie du sujet âgé accueille en court séjour des patients âgés, avec une contre-indication en cas de démence avérée. L'unité comporte 15 lits et 5 places d'hôpital de jour avec une durée moyenne de séjour de quatre à six semaines. Sa mission concerne l'évaluation (sociale, corporelle et neuropsychologique), l'orientation et l'ajustement du

traitement médicamenteux. Les motifs d'entrées les plus fréquents dans l'unité sont l'isolement, la non observance du traitement ou un événement de vie particulier. Un psychiatre fait parti de l'équipe et suit les patients. Des temps d'échange avec un psychologue extérieur sont organisés une fois par mois. Les journées sont rythmées par les actes de la vie quotidienne et les temps d'ateliers proposés par les soignants et l'équipe de paramédicaux faisant partie d'un service transversal sur l'institut (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, ergothérapeute et kinésithérapeute). Concernant notre question sur le cadre, les infirmières nous font part d'un respect du rythme de vie de la personne, ce qui nous évoque la manière d'accompagner nos résidents dans l'Ehpad. La cadre de santé nous explique que « les personnes profitent du rythme et du cadre offert par l'institution. Elles ont besoin de nouer des relations sociales. Et même si elles paraissent parfois se mettre à la marge, il faut accepter ce comportement ».

Lors des échanges, il a été affirmé qu'il faut prendre en compte la personne et non sa maladie, et donc individualiser la prise en charge. Des ateliers thérapeutiques spécifiques semblent stigmatisant. Il apparaîtrait plus opportun d'évaluer les besoins de la personne, et d'y répondre par la mise en place d'action adaptée, qui peut être en partie des ateliers thérapeutiques spécifiques. Si la finalité est la même, la démarche est tout autre.

3.2.2.2 Résidence Léopold Bellan à Septeuil (78)

Cet Ehpad privé à but non lucratif de 102 lits a une particularité liée au fait qu'il regroupe un foyer d'accueil médicalisé (Fam) de 40 lits et un Ehpad de 60 lits, répartis en trois unités de 20 lits. Les deux structures sont administrativement différentes mais il n'y a pas de cloisonnement, les locaux sont communs, hormis les chambres. Ainsi, ils ne rencontrent pas la même problématique de rejet de certaines personnes âgées envers ceux qui ont une pathologie psychiatrique parfois marqué par un ralentissement, un discours incohérent et les effets secondaires des traitements. Nous avons rencontrées l'adjointe de direction, le médecin gériatre coordonnateur, la psychomotricienne et le musicothérapeute.

Du fait de leur particularité, la structure est essentiellement composée de personnes relevant de la psychiatrie. Dans leur accompagnement ils disposent des « moyens du soin » pour l'Ehpad (gériatre, soignants, infirmiers, psychomotricienne, kinésithérapeutes) et du socio-éducatif pour le Fam (psychiatre, infirmiers, soignants, moniteur-éducateurs, éducateurs spécialisés, art thérapeute et musicothérapeute). La transformation de lits d'Ehpad en Fam a été demandée aux

tutelles par la résidence en 2005 afin de répondre aux besoins qu'ils rencontraient. Ils avaient des résidents avec des troubles psychiatriques et la prise en charge n'était pas optimale. Aujourd'hui la résidence est reconnue pour sa prise en charge, d'autant plus qu'il n'existe pas d'autres structures de ce type dans le département. Lors de l'entretien, le médecin gériatre a appuyé sur le rôle central du psychiatre pour les résidents, le nombre d'hospitalisation ayant été diminué de 90% (reste les hospitalisations de rupture), et pour les soignants, au niveau formation et supervision. « La maladie psychiatrique n'est pas à prendre en charge en Ehpad » d'après le gériatre de la résidence, « cela est possible dans certains cas si elle est enkystée, stabilisée ».

3.2.3 Analyse

Les deux premiers retours d'expériences sont des projets innovants qui apportent une réponse à un axe du SROS concernant les alternatives à l'hospitalisation. Dans le cas de Maison Blanche, le partenariat avec la structure sanitaire a permis de développer une unité spécifique avec le soutien de l'ARS Franche-Comté. Dans le cas de beaux-site, il s'agit d'une décision de la direction de l'établissement et l'unité « vit » sur le budget de l'Ehpad. Comme l'écrit C. de Singly (2014) dans son rapport, il y a « *une structure socle pour les PRS (plan stratégique, 3 schémas (SRP, SROS, SROMS), des programmes territoriaux, des programmes populationnels ou thématiques) mais une très grande variété dans leur construction, reflet des disparités d'enjeux entre les régions et des stratégies d'intervention et d'interactions avec les acteurs et partenaires* »⁴⁰.

Les structures des Yvelines visitées offrent une réponse aux besoins de prises en charge des personnes âgées ayant des pathologies psychiatriques, l'une en aiguë et l'autre au sein d'un lieu de vie.

Des éléments prévalent ressortent des échanges.

Tout d'abord, le fait que les unités dites « classiques » des maisons de retraites ne sont pas toujours adaptées. Une prise en charge différente semble pertinente dans un objectif de qualité et afin d'éviter des ruptures dans le parcours de soin, telles que les hospitalisations qui sont sources de stress et de souffrance psychique. Dans les trois Ehpad, une unité spécifique a été construite (sous forme d'un Fam pour la résidence Leopold Bellan).

Ensuite, un temps de psychiatre apparaît comme indispensable au bon suivi des résidents. Dans les quatre structures des psychiatres sont présents, à des temps variables. Le fait que les psychiatries

⁴⁰ de Singly, C. (2014), rapport à Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé, p 11.

viennent dans les Ehpad facilite les suivis. Ils assurent également un rôle de formation et de soutien auprès des équipes soignantes.

Le point suivant concerne le fait que l'Ehpad peut accueillir des patients stabilisés mais ne peut et ne pourra pas gérer les crises. Il faut donc anticiper et construire un maillage d'acteurs et une contractualisation afin de faciliter les hospitalisations quand nécessaire. Le travail avec le réseau, qui n'est pas forcément territorial puisque nous évoluons dans le privé, est réaffirmé comme incontournable, de même que la formation aux troubles psychiatriques des équipes.

Enfin, le cadre posé ne semble pas devoir être appréhendé différemment entre les résidents âgés, déments ou psychiatriques. Celui-ci doit certes être strict dans les moments de crise, donc a priori non quotidiennement dans l'Ehpad. Les résidents ne doivent pas être rattachés à une pathologie, mais pris en compte en tant que personne, avec son histoire de vie. Et notre rôle est de les accompagner sur leur lieu de vie.

3.3 Ateliers thérapeutiques

Un des objectifs du projet est de réfléchir sur la mise en place d'ateliers thérapeutiques adaptés. D'après le psycom⁴¹, un atelier thérapeutique se définit comme « *une activité, encadrée par un soignant, dont l'objectif est de permettre une évaluation des capacités d'autonomie globale de la personne. Il s'agit d'une activité transitionnelle, permettant d'aller vers une réinsertion* »⁴². Dans le contexte de l'Ehpad, la notion de réinsertion renvoie à la socialisation. Je rajouterai qu'en plus de l'évaluation, il s'agit dans les ateliers de maintenir l'autonomie des personnes dans leur quotidien, au niveau affectif, cognitif et moteur. Les ateliers proposés actuellement dans l'Ehpad ne sont pas toujours adaptés pour plusieurs raisons. Tout d'abord les personnes sont souvent plus jeunes et donc avec des centres d'intérêt et une mobilité différente. Je pense notamment aux ateliers utilisant la musique (musicothérapie), la motricité (psychomotricité) ou les souvenirs collectifs (ateliers « réminiscence »). De plus, ils sont parfois rejetés par les autres résidents de par leur « allure bizarre » ou « leur changement d'humeur d'une séance à l'autre ». Enfin, ils auraient parfois besoin de parler de leur maladie et d'un accompagnement spécifique au sein du groupe. De ce fait, un questionnement sur le cadre et le fonctionnement des ateliers a eu lieu engendrant, là encore, une réflexion sur la notion de stigmatisation.

41 Le Psycom est un organisme public d'information, de communication et de formation sur la santé mentale.

42 <http://www.psycom.org/Glossaire-des-structures/Atelier-therapeutique/%28language%29/fre-FR>

3.3.1 Cadre

« Le cadre thérapeutique désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés – un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils –, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit du soin »⁴³. Le soignant est le garant du cadre qui est, plus généralement, porté par l'institution. Cette dernière offre une contenance, des règles et un espace intermédiaire qui sont constructifs pour l'accompagnement individualisé de la personne. La confidentialité est fondamentale, autant pour les thérapeutes que pour les patients qui y participent et cette règle est à énoncer clairement pour permettre une parole libre, sans jugement. Le cadre regroupe les notions d'unité de lieu, de temps et de dispositif thérapeutique.

En ce qui concerne le lieu, la question s'est posée de savoir si il fallait identifier un lieu spécifique, de même qu'il l'a été fait pour le Pasa qui accueille à la journée des personnes présentant une démence avec des troubles du comportement modérés. Du fait de leur venue sur le pôle d'activités, les résidents sont considérés comme « Alzheimer » par les autres résidents. Comment respecter la notion de confidentialité dans ces conditions ? Comment empêcher une stigmatisation dans le cas du Pasa ? Et une stigmatisation dans le cadre de notre projet si nous décidons d'un lieu d'ateliers dédié ? Le lieu est cependant très important car il contribue au dispositif thérapeutique et à la notion de contenance. Les éléments architecturaux doivent permettre les échanges et faciliter la dynamique de groupe.

Dans la résidence, il n'y a pas, en l'état, de lieu disponible qui pourrait être aménagé. Peut-être cela sera-t-il possible par la suite en aménageant un pavillon, en fonction de l'impact du projet sur les instances de direction et l'ARS. Lors des réunions de travail, deux salles ont été envisagées, qui se situent au centre de la résidence près du Pasa : « l'atelier réminiscence » qui comporte un point d'eau permettant des ateliers autour des travaux manuels ou de la cuisine et la « salle au miroir » du fait de la présence d'un grand miroir pour les ateliers d'expression corporelle ou de jeu de scène. Ces salles sont par ailleurs utilisées à des créneaux horaires pour des ateliers existants.

En ce qui concerne le temps, il a été choisi de répartir les ateliers dans la semaine afin de permettre aux résidents d'être inscrits à plusieurs et le travail d'élaboration entre deux séances. Par contre, une unité de jour et d'horaires sera établie afin de favoriser la prise des repères et le maintien du cadre. Le rythme sera d'une fois par semaine pour chaque atelier. Leur durée et temps

43 Revue Santé Mentale N° 172, Dossier « Le cadre thérapeutique » Novembre 2012.

en terme de cycle sera défini par les intervenants dans leur projet thérapeutique. Ce dernier sera rédigé et présenté au groupe de travail, au médecin gériatre et aux psychiatres référents des personnes y participant.

En ce qui concerne le dispositif thérapeutique mis en place, le groupe de travail a statué sur la notion de groupe fermé, c'est-à-dire un groupe de personnes déterminées en aval avec le médecin. Cela suppose un engagement du patient vis-à-vis des autres, un engagement d'une présence dans un cadre défini et d'une participation à une activité. Nous débuterons à priori par trois ateliers thérapeutiques hebdomadaire, un atelier modelage mené par une psychomotricienne et une art thérapeute, un atelier d'expression corporelle mené par une musicothérapeute et psychomotricienne, un atelier jeu théâtral mené par une psychologue et un infirmier. Les intervenants rédigeront un projet thérapeutique reprenant l'objectif thérapeutique, le public concerné, les modalités de l'activité et d'évaluation. L. Ploton, V. Lefebvre des Noettes et P. Thomas⁴⁴ retracent les fondements théoriques et modalités organisationnels des ateliers thérapeutiques en psychiatrie. Ils parlent de deux thérapeutes pour trois à six personnes. Les ateliers sont médiatisés, les processus thérapeutiques sont centrés autour des notions de création, d'introspection et de fonction symbolique. L'expérience montre que le soignant doit stimuler les résidents et leur insuffler le désir de venir, de rester et de participer. S. Feve (2004)⁴⁵ précise que « *tous les patients ont besoin d'un soutien psycho-thérapeutique qui les aide à accepter la maladie et les aide à affronter les effets de ceux-ci. Il ne s'agit pas d'une psychothérapie en « profondeur » qui bousculerait les défenses fragiles mais d'une centrée sur le réel et les difficultés concrètes de la personne* ». La médiation peut être considérée comme ayant une valeur thérapeutique en soi, du fait des mécanismes psychiques qu'elle mobilise. Les ateliers auront pour objectif de maintenir ou restaurer la sociabilité, l'autonomie psychique et affective par une aide à la symbolisation, c'est-à-dire la capacité à développer des représentations. Les thérapeutes pourront mettre du sens sur les ressentis afin d'accompagner les résidents dans leurs vécus.

3.3.2 Fonctionnement

En fonction du projet personnalisé, des entretiens individuels sont et continuerons à être menés par les thérapeutes. De plus, les infirmiers pourront, une fois formés et si le besoin est présent, réaliser des entretiens infirmiers avec les résidents. Cette approche est éloignée des

44 Ploton, L., Lefebvre des Noettes, V., et Thomas, P., *Interventions systémiques, thérapies de groupe, thérapies familiales et soutien aux familles*, Clément, JP., *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion, 2010, Paris, Collection Médecine et Sciences,, p.425.

45 Feve, S., *Le rapport au corps chez le schizophrène vieillissant*, 2004, DE Psychomotricien, p.12.

pratiques actuelles au sein de l'Ehpad. Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 parle de « mises en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale dont l'efficacité a été démontré (...) telles que des programmes de réduction de l'isolement chez les personnes âgées ».

Au niveau du fonctionnement, les équipes souhaitent travailler en co-thérapie, tel que cela est prescrit dans la prise en charge psychiatrique. Là encore cette pratique n'est pas courante dans l'Ehpad où jusque lors les ateliers sont menés par un encadrant, dans un souci de rentabilité. Les pratiques tendent à changer progressivement. Travailler à deux devrait permettre une meilleure observation et analyse des séances. Le positionnement de chacun au sein du groupe est cependant à penser. Le deuxième bénéfice est le renforcement des liens dans l'équipe et la mutualisation des compétences entre les intervenants, contribuant au développement des compétences. Un temps devra nécessairement être planifié après chaque séance afin d'élaborer ce qui s'est joué lors du groupe. Ce temps constitue là encore un changement dans les pratiques, d'où le questionnement sur l'accompagnement au changement que nous verrons au point 4.4. Actuellement, les actions restent dans « le faire », les thérapeutes et paramédicaux ont des difficultés à comprendre les tenants et aboutissants de certaines situations. Ils ne sont que peu habitués à la verbalisation et à la mise en mots. Or, la mise en mots complète le savoir issu de l'action en permettant à une connaissance de passer au statut de compétence en situation⁴⁶. L'institution n'a pas encouragé cette pratique jusque-là, va-t-elle s'engager vers ce changement de pratique ?

Selon L. Ploton, V. Lefebvre des Noettes et P. Thomas, « le bénéfice n'est effectif que si les thérapeutes s'astreignent à (...) - des temps de synthèse (réflexion entre les animateurs) à l'issue de chaque séance avec élaboration d'hypothèses, mais aussi un travail de verbalisation sur le mode de l'association libre (...) - des rencontres régulières avec le prescripteur référent de l'activité - des temps de supervision des intervenants, dans un autre cadre, avec une référence psychodynamique⁴⁷.

Le fait de proposer des ateliers spécifiques pour un profil de résidents et de réfléchir à un accompagnement autre au sein de l'Ehpad pose, nous l'avons vu, la question de la stigmatisation.

3.3.3 Question de la stigmatisation

Dans son ouvrage « *Stigmate, les usages sociaux des handicaps* », E. Goffman définit

46 Marchand, X. Séminaire MRH, Master MOS 14-15

47 Ploton, L., Lefebvre des Noettes, V. et Thomas, P., *Interventions systémiques, thérapies de groupe, thérapies familiales et soutien aux familles*, in Clément JP., *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion, 2010, Paris, Collection Médecine et Sciences, p.427.

étymologiquement le mot stigmatisation qui vient du grec *stigma*, correspondant à une « *marque au fer rouge, qui était faite sur la peau des esclaves ou de toute personne pour désigner 'ce qu'avait d'inhabituel ou de détestable le statut moral de la personne ainsi signalée'* »⁴⁸. La stigmatisation désigne aujourd'hui toute distinction d'un individu ou d'un groupe d'individu du fait de ses caractéristiques.

D'après J. Benoist⁴⁹, la pensée stigmatisante a plusieurs fondements : la peur, devant ce qui menace ou semble menacer ; l'anomalie, fondé sur la notion de l'étrangéité ; et la régulation sociale. Les médias contribuent également au processus de stigmatisation en associant régulièrement troubles psychiatriques et dangerosité.

Des représentations se construisent autour de stéréotypes fondés sur des particularités et qui, de plus, acquiert une notion d'indélébilité. En effet, une idée persiste selon laquelle l'individu qui a des troubles psychiatriques ne pourra plus en sortir. La question de la stigmatisation est, de fait, de la déstigmatisation est complexe. « *Les conduites sont appuyées sur des valeurs* », en lien avec les représentations or, « *on peut fort bien refouler les propos stigmatisants, sans toucher en rien aux valeurs* »⁵⁰.

En psychiatrie, les contenus des représentations sociales qui semblent majoritairement péjoratives, concernent les patients et les soignants.

Du côté des patients, des étiquettes sont attribuées aux personnes, telles que la violence, l'incurabilité, l'imprévisibilité, la paresse ou encore la dangerosité. La différence fait peur et suscite de la méfiance. Les patients peuvent alors ressentir un rejet engendrant un vécu de honte et un sentiment de dévalorisation.

Du côté des soignants, notamment les infirmiers, les représentations défavorables allient la notion de perte de savoir technique et d'une charge de travail moindre, ce qui interroge alors sur la formation professionnelle, la vision du soin et de la maladie psychiatrique.

Tous les niveaux de la société sont touchés. Comme le note J.-Y. Giordana, « *dans tous les Etats, moins de 5 % du budget est consacré à la santé mentale. Cela reste un sujet tabou, pas mobilisateur et ce n'est pas une priorité politique, tous partis confondus* »⁵¹.

Un paradoxe apparaît alors. Sachant que la stigmatisation est un poids qui peut accabler les

48 Goffman E. d'après Moineville, M., *Rôle des usagers de la psychiatrie dans la déstigmatisation de la maladie mentale*, 2012, p.9.

49 Benoist, J., *Logique de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation, l'information psychiatrique*, vol. 83, N°8, pp. 649-654.

50 *ibid*

51 Giordana, JY., « *Changer de regard sur les maladies mentales* », <http://www.essentiel-sante-magazine.fr/maladies/maladies/changer-de-regard-sur-les-maladies-mentales>

malades, et que déstigmatiser fait partie de l'arsenal préventif et thérapeutique, réfléchir à une prise en charge particulière pour nos résidents psychiatriques, dans un souci d'amélioration de la prise en charge, est-il possible ? Tenter de mettre en place des ateliers spécifiques, n'est ce pas stigmatisant ? Dès lors, comment prendre en compte des besoins spécifiques qui semblent identifiés, sans stigmatiser ? L'intégration dans la société des personnes souffrant de troubles psychiatriques est un des objectifs de prise en charge. Ne doit-il pas le rester en psychiatrie du sujet âgé ? Les unités de vie spécifiques qui se sont ouvertes dans certains Ehpad vont-elles à l'encontre de ce principe ? La prise en charge semble plus adaptée, plus spécifique, mais comment le vivent les résidents ? Ressentent-ils cette stigmatisation ? Ils seraient intéressant et opportun d'échanger avec eux sur ce sujet.

A. Desclaux cité par J. Benoist souligne que « *la limite est parfois ténue et mouvante entre une attention particularisante qui favorise la prise en compte des spécificités, et une distinction qui offre un substrat à la stigmatisation* »⁵². Il n'y a pas une seule réponse à ces questions. Dans une démarche éthique, il faut s'interroger régulièrement et garder à l'esprit cette problématique dans le quotidien et dans la façon dont nous prenons en charge les personnes.

T. Gallarda note que « *combattre la stigmatisation exercée à l'encontre des personnes âgées les plus vulnérables relève des gouvernants, des organisations non gouvernementales, des associations de patients, des familles et de la communauté en général mais, à l'évidence, elle constitue l'une des missions les plus délicates des professionnels de la santé mentale* »⁵³.

La stigmatisation peut être abordée du côté du soignant mais également des familles et des autres résidents. Ces derniers ont parfois une attitude de rejet envers des personnes qui ont des troubles psychiatriques et/ou elles mettent en avant certaines caractéristiques, jugées à l'écart de la « norme ». Ce fait semble majoré à la résidence Saint-Rémy par le standing de la résidence. Nous entendons parfois des phrases du type « pour le prix que nous payons, ce n'est pas normal de voir ça ». De même les deux unités protégées et le PASA sont des lieux que certains résidents souhaitent à l'écart et qui effraient. Les troubles psychiatriques, par la crainte qu'ils suscitent entre dans le même phénomène, conduisant à la stigmatisation.

52 Benoist, J., « Logique de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation », *L'information psychiatrique*, vol. 83, N°8, pp. 649-654.

53 Gallarda, T., « prendre soin des personnes âgées atteintes de troubles mentaux », *SANTE MENTALE 2008 ; (131) : 26-29*

3.4 Ressources pour l'Ehpad en terme de réseau

Dans la conjoncture actuelle, avec l'augmentation des maladies chroniques et de la dépendance, les autorités mettent en avant la notion de parcours dans un objectif de continuité des soins. Dès lors, des réseaux d'acteurs interviennent sur les territoires de santé. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne les objectifs des réseaux de santé en précisant qu'ils « *ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins* »⁵⁴. La psychiatrie fonctionne depuis les années soixante en secteur et réseau, avec des structures de soin institutionnelles et ambulatoires. Elle a été la première à adopter l'approche territoriale de l'organisation des soins pour laquelle opte aujourd'hui la santé.

Nous allons voir dans cette partie quelles sont les ressources en termes de réseau pour la résidence Saint-Rémy dans le parcours des patients psychiatriques, ressources liées au secteur, à la télémedecine et à des conventions. Nous aboutirons à la modélisation d'un réseau, à destination des médecins.

3.4.1 Réseau santé mentale 78

« *La circulaire DHOS/02/03UNICAM n° 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé 'personnes âgées' préconise l'organisation de coordination des différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux* »⁵⁵. C'est dans cet objectif de coordination que le groupement de coopération sanitaire (GCS) réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines sud (RPSM 78) a été créé. Le GCS est une forme juridique conçue par le décret 2005-1681 du 26/12/2005. Il s'agit d'une coopération organique engendrant une nouvelle entité. Elle facilite, améliore et contribue au développement des activités de ces membres⁵⁶.

Le RPSM 78 est un réseau de santé territorial constitué dans le but d'organiser, d'animer et

54 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/reseaux_de_sante.pdf

55 Filière gériatrique et ressource gérontopsychiatriques, dossier la santé mentale du grand âge, Soins Psychiatrie n° 290 janvier/février 2014

56 Collet, D., Le droit au sein des coopérations et groupements institutionnels, Master MOS 14-15.

de coordonner les moyens mis en commun en vue d'améliorer la prévention, le soin et l'insertion des personnes relevant du champ de la santé mentale. Trois axes sont développés : la coopération entre la ville et l'hôpital, la coopération entre la psychiatrie et les secteurs social et médico-social et la coopération inter établissements de santé publics et privés. « *La continuité de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale ne repose plus sous la responsabilité d'une seule équipe sanitaire, mais sous la coordination des équipes* »⁵⁷. Le GCS décentre les professionnels de leur place traditionnelle pour permettre la coopération. Les évolutions culturelles et sociétales ont ainsi créé la notion de responsabilité partagée dans le cadre d'un projet de territoire avec l'échange des savoirs et expériences, dans un objectif de qualité et d'efficacité économique.

Les troubles du comportement constituent souvent la porte d'entrée dans les soins mais ils révèlent de pathologies diverses. Or, chacun des diagnostics nécessite une réponse spécifique, d'où la nécessité d'orientation au sein du réseau. L'équipe mobile de liaison, interface entre les secteurs de psychiatrie et les professionnels sociaux et médico-sociaux, a un rôle prépondérant en la matière. Nous nous sommes tout particulièrement intéressés à l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé EMSA-PSY. Elle intervient sur le lieu de vie des patients à la demande des médecins traitants, des médecins coordonnateurs d'Ehpad et des équipes sociales du territoire. Elle a un rôle d'évaluation, de soutien des soignants et aidants, et de formations envers les professionnels. Le projet a permis un rapprochement avec cette équipe composée d'infirmières et de psychiatres.

3.4.2 Télémédecine et Conventions

La télémédecine constitue une forme de pratique médicale rendue possible par les évolutions des technologies et par le cadre réglementaire mis en place depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 (article 78). Le décret d'application, publié en octobre 2010, est venu renforcer son assise juridique, en précisant les conditions de sa mise en œuvre et son organisation. L'article R 6316-1 du code de la santé publique (CSP) la définit comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient* »⁵⁸. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi, d'obtenir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire, de réaliser des actes ou

57 Hardy-Bayle, MC., *Coordination, partenariat, coopération entre professionnels de santé : la question des réseaux de santé en psychiatrie*. <http://www.rpsm78.com/pdf/Article%2037-956-A-15.pdf>

58 Code de la santé publique - Article L6316-1 | Legifrance

d'effectuer une surveillance de l'état d'un patient. Cinq priorités nationales ont été définies regroupant les trois quarts des activités actuelles de télémédecine : la prise en charge des maladies chroniques, l'imagerie dans le cadre de la permanence des soins, la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral, la santé des personnes détenues et les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD). « *A certains patients aux pathologies complexes, comme par exemple les personnes âgées résidant en EHPAD, la télémédecine offrira une prise en charge gériatrique et psychiatrique par des médecins exerçant dans des centres hospitaliers, parfois éloignés* »⁵⁹. Les enjeux de la télémédecine concernent la qualité des soins en réduisant les inégalités d'accès et offrant une réponse aux défis épidémiologiques, de démographie des professionnels de santé et économiques.

La télémédecine constitue un des outils en cours de développement au sein de la résidence. L'Ehpad a été missionné par l'ARS des Yvelines pour l'expérimentation de ce dispositif fin 2013. A l'heure actuelle, elle fonctionne pour les consultations et avis psychiatrique. Elle nous permet d'utiliser les ressources de la filiale Clinea. Des téléconsultations ont lieu avec un psychiatre travaillant dans la Clinique psychiatrique du groupe à Orgemont. Cette méthode offre un confort pour les résidents qui n'ont pas besoin de se déplacer et pour les médecins gériatres qui peuvent recueillir un avis d'expert. Cependant, elle offre une téléexpertise mais ne répond pas à notre problématique de suivi psychiatrique des résidents. Cette pratique a, selon moi, des possibilités plus grandes que celles qui sont actuellement utilisées au sein de la résidence. Elle devrait se développer dans les années à venir.

La dernière ressource concerne les conventions et partenariats passés avec d'autres institutions. Le SROS énonce qu'il faut « *inciter les CMP à des conventions avec les EHPAD et s'assurer de l'effectivité des conventions (par la délégation territoriale), inciter en parallèle à l'individualisation d'unités spécifiques pour malades mentaux vieillissant en EHPAD* »⁶⁰. Ce projet managérial offre donc une réflexion en lien avec les problématiques actuelles. La résidence a des conventions avec des hôpitaux et cliniques psychiatriques du groupe mais il s'agit d'une approche de psychiatrie générale axée vers les adultes, et non spécifique à la personne âgée. Une convention est en cours de signature avec la Clinique psychiatrique de Rochebune de Garches. En droit, la convention est un accord de volontés conclu entre des personnes qui s'apparente à un contrat. La convention désignerait plutôt le contenu du contrat, c'est-à-dire, ce à quoi les signataires se sont engagés. L'article 1108 du Code civil énonce les conditions essentielles pour la validité d'une

59 <http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-en-ville-et-dans-le-secteur-medico-social-9-regions-selectionnees-afin-d-experimenter-des-tarifs-prefigureurs.html>

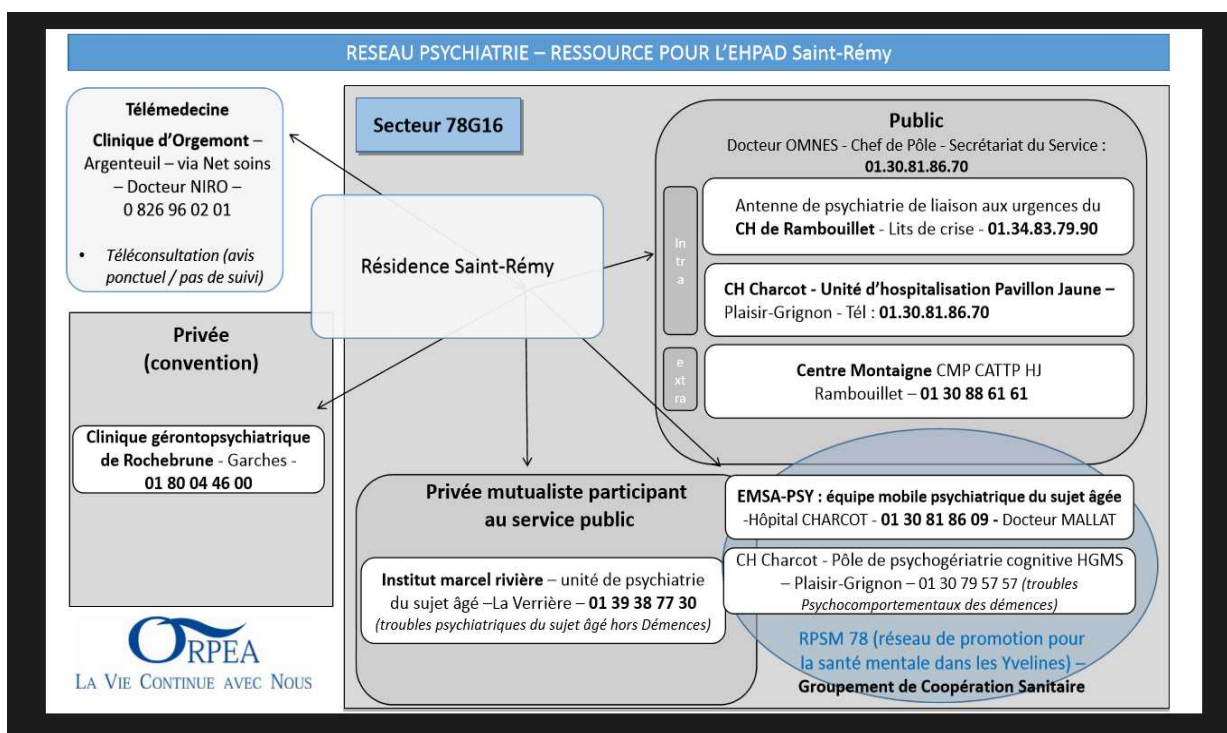
60 Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – Volet Hospitalier par thématique, ARS IDF p.431.

convention, à savoir « le consentement de la partie qui s'oblige ; sa capacité de contracter ; un objet certain qui forme la matière de l'engagement et une cause licite dans l'obligation »⁶¹.

3.4.3 Modélisation du réseau psychiatrie de la résidence

Nous souhaitons aboutir à une meilleure connaissance et favoriser les échanges avec le secteur psychiatrique. En situation de décompensation, il faut en effet connaître les différents partenaires afin d'apporter une réponse institutionnelle adaptée. Dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) concernant la souffrance psychique des personnes âgées, l'Anesm note l'identification des « professionnels ressources en santé mentale, en établissant une liste des personnes ressources ou des structures locales compétentes pour la prise en charge de la souffrance psychique »⁶².

Nous avons ainsi constitué le modèle suivant concernant les ressources du secteur pour la résidence.



Ressources au niveau de la prise en charge psychiatrique pour la résidence Saint-Rémy

61 Source : <http://www.legifrance.gouv.fr>

62 Recommandation ANESM, *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*, mai 2014, p 45.

Ce document s'adresse en premier lieu aux médecins coordonnateurs de la résidence auprès desquels il a été diffusé, ainsi qu'aux infirmiers et médecins traitants. En second lieu, il a été transmis à l'encadrement pour connaissance de l'environnement de la résidence.

3.5 Évaluation

Les critères de réussite et de suivi du projet ont été réfléchis dès le début. Ils permettront une évaluation des résultats par rapport à l'attendu ainsi que le pilotage des actions dans le temps. Certains indicateurs concernent les résidents et d'autres l'institution. Une évaluation des pratiques professionnels (EPP) ciblée et suivant une méthodologie précise devraient également être un critère de jugement en vue d'une amélioration des pratiques.

3.5.1 Indicateurs

L'objectif attendu est l'amélioration de la prise en charge au sein de l'Ehpad des résidents ayant des pathologies psychiatriques. Comme outil d'évaluation et de pilotage, six indicateurs nous semblent pertinents.

Le premier concerne les ruptures dans le parcours de soin des résidents, qui se manifestent notamment par des hospitalisations en psychiatrie non programmées. Le nombre d'hospitalisation en psychiatrie sera suivi annuellement, en début d'année lors de l'élaboration du rapport annuel médical (RAM). L'information est disponible via le logiciel informatique des dossiers patients Net Soins. A titre indicatif, les hospitalisations en psychiatrie représentaient 26% des hospitalisations en 2013 et 22% en 2014. L'objectif est de faire baisser ce pourcentage.

L'analyse du pourcentage d'entrée dans l'Ehpad de personnes âgées avec des troubles psychiatriques, hors démences, sera pertinente afin d'évaluer l'impact du projet managérial sur le fonctionnement de l'institution. Est-ce que l'amélioration des pratiques, la meilleure compréhension des troubles et la tentative de déstigmatisation engagée, engendreront une tendance à accepter plus facilement ce profil de personnes âgées ? L'analyse devra cependant prendre en compte l'épidémiologie. La demande sera peut-être plus importante du fait du vieillissement de la population. Ce second indicateur est un rapport entre le nombre d'entrée avec une pathologie psychiatrique diagnostiquée sur l'année sur le nombre total d'entrée sur la même période. Il sera calculé annuellement, lors de la rédaction du RAM, via le logiciel Net Soins.

Le troisième indicateur retenu concerne les ressources humaines. Il s'agit du pourcentage

de personnel formé sur les troubles psychiatriques. Nous projetons de l'étudier semestriellement durant la première année puis de façon annuelle. Une valeur cible est fixé à 80 % du personnel fixe (hors vacataires et contrats à durée déterminée). Il sera calculé au niveau du service RH.

Le quatrième et le cinquième indicateur concernent le pilotage de l'activité. Il s'agit du nombre d'ateliers mensuels réalisés et du nombre de participants. Il sera calculé à partir du tableau de bord que remplissent les thérapeutes et paramédicaux. L'objectif est de trois ateliers par semaine, soit environ douze par mois avec un nombre de participants de trois à six par ateliers.

Le dernier indicateur est le nombre d'intervention de l'équipe EMSA-PSY sur l'Ehpad qui sera calculé annuellement lors du RAM. Il nous permettra de suivre les liens avec le GCS RPSM 78.

3.5.2 Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Les EPP s'inscrivent dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elles consistent à analyser une activité par rapport aux recommandations professionnelles de bonnes pratiques afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration. La haute autorité de santé (HAS) apporte son soutien au développement et la mise en œuvre des EPP et donne des éléments de méthodologie. L'EPP s'inscrit dans un contexte législatif et réglementaire, avec les décrets des 14 avril 2005 et 2 juin 2006 relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles. La loi HPST du 21 juillet 2009 vient compléter le dispositif d'évaluation professionnelle avec l'article 59 concernant le développement professionnel continu (DPC).

Une EPP sur les pratiques concernant la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée sera intéressante au terme du projet. Je prévois de la mettre en place début 2016. Elle sera basée sur les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm et notamment celle de mai 2014 : « *prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement* ». Celle-ci se décline en cinq chapitres dont les quatre premiers nous intéressent : la prévention continue, le repérage précoce des signes, la prise en charge interdisciplinaire et la gestion des situations de crise suicidaire. Elle fait part de « l'essentiel » afin de prendre en compte la souffrance psychique en distinguant dans les sillons du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 une triple acception de la notion de santé mentale : la santé mentale positive, la détresse psychologique, et les troubles psychiatriques qui réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées⁶³.

⁶³ *Éléments de cadrage, projet de RBPP Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, p 5.*

4 Enjeux et positionnement managérial

Nous analysons dans cette partie les enjeux pour l'Ehpad au niveau stratégique, qualité des soins, ressources humaines et financier, à court, moyen et long terme.

La problématique est de savoir pourquoi nous travaillons sur la prise en charge des troubles psychiatriques, quelles sont les ressources dont nous disposons, les moyens que nous allons utiliser, et pour quel coût. La réussite du projet est un lien avec l'accompagnement du changement de ma position de cadre. Dans la dernière partie, je ferais part de ma réflexion personnelle et de propositions sur ce projet.

4.1 Positionnement stratégique

Ce point concerne la réflexion stratégique impactant la qualité des soins. J'ai été missionné pour porter ce projet en lien avec une évolution envisagée, envisageable et semblant nécessaire dans une vision à long terme.

4.1.1 Adaptation à l'évolution sociétale

« Le vieillissement de la population française s'accroît : alors qu'à ce jour 23,4 % de la population résidant en France métropolitaine à soixante ans ou plus, cette proportion devrait être de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2051 »⁶⁴. De plus, l'allongement progressif de la durée de vie accentue l'ampleur du phénomène. Cette transition démographique est à l'origine d'une augmentation des besoins d'accompagnement de la population concernée et l'adaptation de la société en réponse à ces besoins nouveaux constitue un réel enjeu de santé publique. Dans ce contexte d'augmentation de la dépendance et des polyopathologies, les maladies chroniques sont au cœur des préoccupations. Il y aura de plus en plus de troubles psychiatriques chez les sujets âgés, alors que nous sommes déjà confrontés à une minorité de possibilités d'accueil. La réduction des budgets et du nombre de lits en psychiatrie (57 410 en 2010 contre 78 000 en 1994)⁶⁵ engendre que les établissements psychiatriques se tournent de plus en plus vers les Ehpad. De

64 Source Insee, in *Éléments de cadrage, projet de RBPP, Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*, p 3.

65 <http://emiliennemalfatto.blog.lemonde.fr/2013/03/14/quand-les-fous-vieillissent/>

plus, le contexte économique est défavorable à l'hospitalisation de longue durée, et l'hôpital psychiatrique coûte cher. Enfin, une volonté plus globale d'intégration est affirmée. La psychiatrie du sujet âgé est aujourd'hui une discipline à part entière à laquelle les médecins d'Ehpad doivent se former.

Le premier enjeu est donc sociétal. Le plan psychiatrie et santé mentale 2011- 2015 note concernant l'amélioration de la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne : « *l'organisation d'une psychiatrie spécifique du sujet âgé, enjeu majeur de santé publique pour les années à venir au regard de l'augmentation des besoins doit être davantage identifiée, coordonnée et développée dans ses modalités d'intervention et de formation des professionnels* »⁶⁶.

Pour la résidence Saint-Rémy, l'enjeu consiste également à maintenir son attractivité en lien avec une qualité de prise en charge. Le développement de son offre de soin a également comme objectif la préservation et l'amélioration du taux d'occupation. La situation géographique de la résidence, son architecture avec les pavillons, sa taille et son standing font qu'à certaines périodes de l'année, comme en automne et hiver, il y a des places inoccupées (taux d'occupation d'environ 80%). Dans le contexte actuel et à venir, dans lequel les personnes entrent de plus en plus âgées en institution, la résidence prévoit dans les trois ans la transformation de certains lits en résidence service et le rapprochement de lits d'Ehpad de l'Agora centrale.

Concernant les troubles psychiatriques, la formation des équipes, la connaissance du secteur et un accompagnement plus personnalisé sont nécessaires à court terme, car nous sommes confrontés aux troubles psychiatriques aujourd'hui, à moyen terme car les besoins vont augmenter et, à long terme ce projet peut être une première étape préparant l'Ehpad de demain, où les patients « psychiatriques » auront peut-être leur place, je l'espère.

4.1.2 Organisation des soins

L'enjeu est la qualité dans l'accompagnement individualisé de chaque résident. Pour ce faire, il faut penser les différents modes de suivi. Concernant la gestion des troubles psychiatriques, il ne s'agit pas de se substituer à un hôpital psychiatrique, nous aurons toujours besoin de sa spécificité, mais d'être dans une démarche de prévention auprès des personnes afin d'éviter les décompensations et les ruptures et de favoriser l'intégration sociale.

En parallèle, nous agissons sur la prévention des risques psycho-sociaux en favorisant la compréhension et la réflexion autour des troubles rencontrés, par une démarche de formation et

⁶⁶ *Plan psychiatrie et santé mentale, p. 19.*

d'échange auprès des soignants.

Pour ce faire, il faut penser l'organisation des soins telle que nous envisageons l'Ehpad de demain. Les évolutions sont très rapides dans la société actuelle, poussées par la technologie et les techniques d'information, nous le voyons, par exemple, avec la télémédecine ou les médicaments avec l'automatisation des préparations des doses à administrer (PDA).

Les Ehpad doivent évoluer en regard de l'évolution sociétale. La cellule familiale n'est plus la même (éloignement géographique et familles recomposées) et les modes de vie de la prochaine génération arrivant en Ehpad ayant été différents de leur aînés, leurs demandes d'accompagnement et leurs standards de vie ne seront pas les mêmes. Nous devons dès aujourd'hui anticiper les fondements de la convention tripartite qui sera signée en 2018 et dans les années suivantes pour la résidence Saint-Rémy. L'observatoire des Ehpad (avril 2014) note que l'établissement « *peut devenir le lieu privilégié de l'expérimentation et de l'innovation (actuellement beaucoup d'expériences voient le jour telles que les plateformes de répit pour les aidants, les accueils de nuit, les formes d'habitat collectif, l'accueil des couples...)* »⁶⁷.

La résidence propose des séjours de répit et son architecture permet l'accueil des couples depuis des années. L'organisation des soins en Ehpad, comme dans le sanitaire et le social, doit aujourd'hui penser en terme de parcours. Dans cette démarche, la résidence va utiliser cette année l'outil «Via Trajectoire », déjà utilisé dans les SSR et cliniques. ViaTrajectoire est un logiciel de service public, gratuit et sécurisé, qui propose une aide à l'orientation personnalisée en soins de suite et de réadaptation, en hospitalisation à domicile, en unité de soins de longue durée ou en structure d'hébergement pour personnes âgées via internet.

De plus, l'informatisation nous donne des outils et indicateurs pour l'organisation des soins, nous permettant de piloter les actions et les équipes au quotidien et d'agir sur la qualité et la sécurité des soins. En 2015, la résidence va se doter de tablettes afin de favoriser la traçabilité des soins infirmiers et de nursing, et d'optimiser le temps passé avec les résidents.

4.2 Positionnement au niveau ressources humaines (RH)

L'amélioration de la prise en charge des résidents avec des troubles psychiatriques comporte un volet ressources humaines, dont nous présenterons tout d'abord l'existant avec une cartographie des métiers et des compétences. Puis, nous tentons de définir les besoins au niveau RH avant d'identifier quel sont les moyens pour atteindre ces objectifs. L'observatoire des Ehpad note que « *les besoins croissants des résidents, l'évolution des pathologies, les obligations*

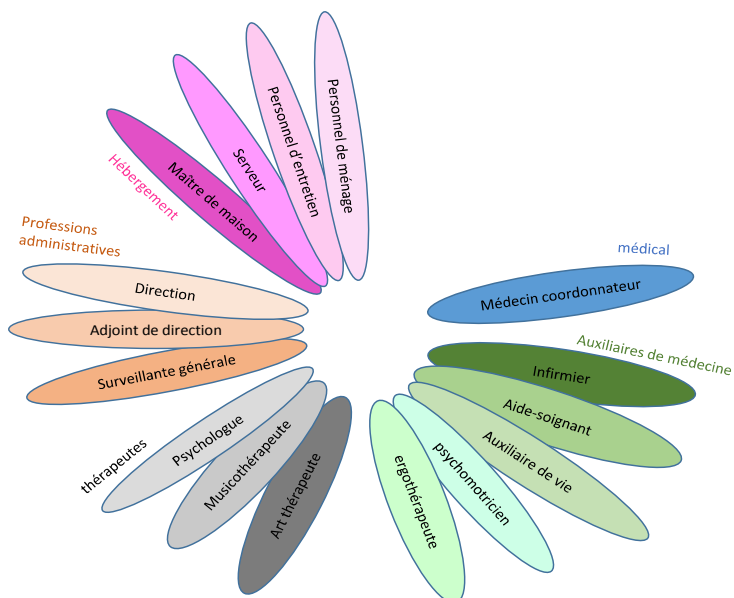
⁶⁷ Observatoire des EHPAD, KPMG, avril 2014.

réglementaires de plus en plus nombreuses et complexes, sont autant de paramètres qui influencent aujourd'hui le management des ressources humaines »⁶⁸.

4.2.1 Cartographie des métiers et des compétences

L'instruction de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) n°2010-215 du 23 juin 2010 détermine trois niveaux à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) : l'élaboration d'une nomenclature et d'une cartographie des métiers, l'intégration de la démarche métier-compétence dans la pratique quotidienne de gestion des ressources humaines des établissements de santé et l'anticipation à moyen et à long terme des évolutions sur un secteur d'activité. Cette instruction concerne les établissements de santé mais la démarche GPMC doit être toute aussi présente dans les Ehpad afin d'anticiper les besoins en lien avec les évolutions du secteur. Dans son rapport à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, C. de Singly (2014)⁶⁹ prône le développement de la démarche GPMC dans les différentes régions, par la mise en place d'un volet RH dans les projets régionaux de santé (PRS). Elle présente le volet RH comme un levier d'action afin d'agir sur les pratiques et les organisations dans un souci d'adaptation de l'offre, au niveau sanitaire, social et médico-social.

La cartographie des métiers intervenant dans la prise en charge des troubles psychiatriques dans l'Ehpad regroupe plusieurs professions selon le schéma suivant :



Cartographie des métiers

68 Ibid, p 55.

69 de Singly, C. (2014), rapport à Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé.

Ces professionnels ont des interactions au sein de l'organisation et rentrent en contact avec les résidents. Ils ont un rôle auprès des personnes âgées en fonction de leur poste et de leurs compétences.

Pour l'élaboration de la cartographie des métiers, nous nous appuyons sur les fiches métiers du groupe Orpéa qui sont elles-mêmes basées sur le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie (nouvelle appellation du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière FPH). Celles-ci définissent le(s) diplôme(s), la mission, l'environnement de travail (organigramme et liens fonctionnels), les activités principales et les références législatives. Ces fiches métiers permettent d'appréhender la fonction de chaque profession. Elles ont été réalisées par les départements ressources humaines et qualité spécifiquement pour les postes en Ehpad. Elles définissent la « prescription de travail ». Or, le « travail prescrit » est à différencier du « travail réel » qui comprend « une part d'invisibilité » (P. Bourret (2011)). A titre d'exemple est donné le temps que passent les aides-soignants au niveau relationnel avec les patients. P. Mayen (2007) parle, quant à lui, de la « part méconnue du travail »⁷⁰. Ces concepts ont été étudiés, notamment en didactique professionnelle, discipline qui consiste à analyser le travail en vue de la formation des compétences. P. Pastré (2002)⁷¹ fait référence aux travaux de Leplat (1985, 2000) qui différencie la tâche prescrite, l'activité et la « stimulation cognitive de la tâche ». Selon l'auteur, il y a toujours plus de travail dans le réel que dans la tâche prescrite.

Les fiches métiers définissent donc le cadre général, au sein duquel chaque professionnel a et va développer des savoir-faire et savoir-être propres et collectifs.

Le terme de compétence est plus large que la notion de savoir-faire qui renvoie à un acte visible et prescrit exécuté selon une procédure ou un protocole. F. Minet (1995)⁷² définit la compétence comme une structure, un mécanisme qui gouverne l'action. Selon Maurice de Montmolin⁷³, il s'agit d' « *ensembles stabilisés de savoirs et de savoir-faire, de conduites-types, de procédures-standards, de type de raisonnement, que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau* ». La compétence permet l'adaptation. Grâce à celle-ci le collaborateur propose une réponse spécifique à une situation. Selon G. Jobert, « *on appelle compétence ce qui explique l'action efficace en situation* »⁷⁴. X. Marchand⁷⁵ définit les composantes de la compétence, à savoir

70 Mayen, P., *Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. Recherche en éducation*, 2007, 4, pp. 51-64.

71 Pastré, P., *L'analyse du travail en didactique professionnelle. Revue française de pédagogie*, 2002, n°138, pp. 9-17.

72 Minet, F., *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*, L'Harmattan, 1995, Paris, p. 24.

73 de Montmolin, M. cité par Minet, F., *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*, L'Harmattan, 1995, Paris, p. 25.

74 Jobert, G., cité par Bourret, P., *Prendre soin du travail, un défi pour les cadres à l'hôpital*, éd Seli Arslam, 2011, Paris, p. 106.

75 Marchand, X. *Séminaire MRH, Master MOS 14-15*

les automatismes, les méthodes, les connaissances et l'expérience.

L'objectif est de développer le « savoir-agir » avec pertinence et compétence en situation professionnelle.

G. Le Boterf note que « *la performance des équipes pose la question de la compétence collective, des nécessaires décloisonnements qu'elle entraîne, de l'attention à porter à la qualité des interfaces, à la bonne synchronisation des activités d'aval et d'amont, à la bonne concordance des temps de réalisation des activités, à la coopération non seulement dans une équipe mais entre les équipes* »⁷⁶. La prise en charge des personnes âgées repose dans l'institution sur plusieurs acteurs. L'objectif de mise en place d'ateliers en co-thérapie permettra le décloisonnement entre certains professionnels et une meilleure coopération. Les temps d'échange, d'analyse de pratique, de formation contribueront également au développement des compétences collectives et individuelles. Cependant, pour qu'une connaissance devienne une compétence il faut du temps et de l'expérience.

Des professionnels de la résidence ont acquis des compétences spécifiques que nous pouvons évaluer en situation de travail et qui sont un support pour notre projet.

Le médecin coordonnateur a une compétence spécifique sur la psychiatrie du sujet âgé de par le travail qu'elle a exercé pendant six ans dans une unité de psychiatrie du sujet âgé. Elle a quitté le service l'année dernière. Cette compétence est un atout pour l'Ehpad, car la psychiatrie du sujet âgé est une discipline complexe, la pathologie mentale étant intriquée au vieillissement avec la notion de polyopathie somatique.

Les auxiliaires de médecine (psychomotriciens et ergothérapeute) et thérapeutes (psychologue, art thérapeute et musicothérapeute) ont des compétences dans la mise en place de médiations thérapeutiques cependant, pour certains, des outils semblent manquer dans l'analyse des situations, du fait d'une inexpérimentation dans le domaine de la psychiatrie. Les degrés de maîtrise varient entre les professionnels. Nous allons en tenir compte dans le travail en co-thérapie, afin de renforcer les compétences par binôme. Le choix de ces derniers se fera sur la base de l'expérience (expert avec novice) et des compétences.

Les infirmiers ont des compétences dans l'approche relationnelle du sujet âgé mais certains relatent, notamment les jeunes diplômés, un manque de formation concernant les pathologies psychiatriques. La suppression en 1995 du diplôme d'infirmier psychiatrique a mis en retrait « les soins relationnels » au profit des soins techniques.

En amont de la mise en place des ateliers et de la prise en charge du sujet âgé dans sa globalité, un

⁷⁶ Le Boterf, G., *Gestion des compétences Définition, nécessité, faisabilité, Analyse ressources humaines, gestion hospitalière, décembre 2005.*

travail d'analyse du travail en situation est effectué, afin de déterminer précisément les compétences de chaque professionnel. Nous pourrions ainsi développer l'aspect formation mais également prendre en compte les aptitudes et qualités individuelles. P. Mayen (2007, p 62) évoque dans son écrit sur la didactique professionnelle dans les métiers de service la « *dichotomie entre technicité d'une part et communication-relation de l'autre* »⁷⁷.

4.2.2 Identifier les besoins

Nous souhaitons développer certaines compétences. Les objectifs se regroupent à ce jour en trois points, mais évolueront probablement au fil du temps.

Tout d'abord, identifier les personnes motivées pour accompagner les résidents psychiatriques. Certaines se sont déjà manifestées et font partie du groupe de travail. Le plan psychiatrie et santé mentale explicite que « *l'enjeu consiste tout d'abord à attirer le professionnel vers l'exercice en psychiatrie, et faire que celui-ci y exerce par choix, et non par obligation ou par défaut* ». Les entretiens annuels et l'analyse du travail en situation permettront de déterminer les professionnels intéressés par cette problématique et ceux ayant une disposition pour.

Puis, je souhaite identifier les besoins spécifiques dans l'accompagnement afin d'apporter la formation nécessaire. « *L'accompagnement des personnes atteintes de problèmes cognitifs diffère de celui des résidents présentant des troubles psychiatriques. Comme relevé par une infirmière-chef, il s'agit de 'deux populations et de deux métiers différents'. La nécessité de l'instauration de cadres thérapeutiques et une sollicitation plus fréquente du médecin psychiatre apparaissent comme les caractéristiques de l'accompagnement des résidents psychiatriques* »⁷⁸.

P. Pastré (2002), s'appuyant sur les travaux de Savoyant (1979), explicite la notion de « concepts organisateurs » qui permettent d'organiser une action efficace. Ils regroupent les « invariants opératoires » d'une classe de situation. Pour P. Mayen (2007) ceux-ci sont liés aux caractéristiques sociales et techniques de la situation.

Des situations de travail invariantes existent. Elles concernent l'écoute, le respect de la dignité, de l'intimité, de la vie privée, du consentement, le suivi dans les actes de la vie quotidienne (nursing, prise alimentaire, observance du traitement, élimination) dans une démarche d'accompagnement sur le lieu de vie de la personne. Des situations spécifiques aux troubles psychiatriques sont d'ores et déjà identifiées et devront faire l'objet d'un travail. Elles concernent la distance thérapeutique, le

77 Mayen, P., *Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. Recherche en éducation, 4, 2007, pp. 51-64.*

78 *Questionnement sur les missions des EMS. Spécificités de la population de psychiatrie de l'âge avancé P 34.*

cadre, la gestion de la phase maniaque et dépressive, le repérage et la gestion du risque suicidaire, la prise en charge des délires et rupture avec la réalité et la compréhension des symptômes. La parole, la mise en mot et l'élaboration sont à renforcer.

La parole participe pleinement au soin des patients. Freud disait que « *les mots sont l'instrument essentiel du traitement psychique* »⁷⁹. Le soin relationnel infirmier en psychiatrie se base essentiellement sur la parole, dans ses vertus soignantes. Cette parole autorise la mise à distance et participe à la reconnaissance de la personne. « *L'infirmier psychiatrique devra établir, au niveau verbal, des relations de soin propices à l'établissement d'une 'aire sécurisante' et rester disponible, à l'écoute du discours des patients, les rassurant ainsi par sa présence et sa disponibilité* »⁸⁰.

Enfin, une supervision serait nécessaire. La littérature et la thérapie en justifient les bienfaits pour les patients et les soignants. En complément des formations, le besoin de pouvoir échanger sur les problématiques est présent. Le recours à de la supervision assurée par un intervenant externe offre un lieu d'expression permettant une prise en soin distanciée et de meilleure qualité, en s'interrogeant notamment sur nos pratiques. De plus, face au sentiment croissant d'intensification du travail (S Volkoff, 2010)⁸¹, c'est-à-dire du nombre de contraintes (normes, protocoles, demandes des résidents...) qui engendrent une sensation de devoir toujours se dépêcher, les temps de supervision proposeraient un temps pour « se poser » et réfléchir aux pratiques.

Le développement de nouvelles connaissances, savoir-faire et compétences devrait contribuer à une certaine satisfaction au travail, d'autant plus que les soignants sont demandeurs. Selon Y. Clos (2010)⁸² la qualité de vie au travail est liée à la qualité du travail. En effet, le fait de se sentir efficace contribuerait à la santé au travail, de par le sens donné, contribuant à la construction identitaire en situation de travail (C. Dejours, 1993).

4.2.3 Utiliser la formation

Les moyens utilisés au niveau RH pour répondre aux besoins concernent la supervision à mettre en place, les lieux d'expression lors des réunions pluridisciplinaires, la mise en place de co-thérapie et la formation. Je souhaite développer dans cette partie l'aspect formation qui est un

79 Freud S., cité dans l'article *Promotion d'un soin relationnel infirmier en psychiatrie, perspectives psy*, vol 49 n°3, juillet-sept 2010.

80 *Promotion d'un soin relationnel infirmier en psychiatrie, perspectives psy*, vol 49 n°3, juillet-sept 2010.

81 Volkoff, S., 2010 ; « *Les transformations du travail de 1980 à 2010* » HAS Actes du séminaire « *Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé* », 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis.

82 Clot, Y., 2010 ; « *Qualité de vie au travail et qualité du travail* » HAS Actes du séminaire « *Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé* », 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis.

levier pour atteindre les objectifs. Il comprend les formations externes, internes, individuelles par le développement professionnel continu (DPC) et le compte personnel de formation (CPF) qui a remplacé le droit individuel à la formation (DIF). Afin que les formations soient efficaces, le paramétrage des compétences attendues définie dans la partie précédente est une étape clé, car, telle que le présente F. Minet (1995, p. 15), elle permet de « *définir la réponse formation suivant la logique de l'activité et suivant les objectifs assignés par l'entreprise* ». En fonction des acteurs, l'objectif de la formation variera. Alain Maignant, cité par F. Minet (1995, p. 46) définit quatre objectifs de formation : le « perfectionnement individuel », le « développement de l'adaptabilité », le « développement des potentiels » et la « formation aux métiers ». Pour chaque professionnel, l'entretien annuel, basé sur une évaluation à visée formatrice en situation de travail, permet de définir quelle est l'objectif de formation.

4.2.3.1 Les formations externes

La formation par des personnes extérieures apporte un regard neutre sur les pratiques. Les discours ont un retentissement qui diffèrent de ceux des formations internes. L'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé EMSA-PSY se charge de cette formation. Nous avons élaboré ensemble un programme adapté aux besoins de notre Ehpad. Les formations qui vont être dispensées ont été réfléchies en fonction des professionnels et ne seront de fait, pas les mêmes à chaque session. Un psychiatre et une infirmière réaliseront trois modules de formations pour les auxiliaires de médecine et deux sessions d'études de cas pour les aides-soignants. Les AS ont besoin de cas cliniques, d'aide sur des situations concrètes qu'elles souhaitent exprimer, alors que les infirmiers, qui sont sollicités en première intention par les soignants, ont besoin d'approfondissement au niveau des pathologies et d'apports sur la coordination, le repérage des situations à risque et la prise en charge infirmière.

4.2.3.2 Les formations internes

Les psychologues dispensent durant l'année des « mini-formations » de deux fois une heure trente sur les troubles psychiatriques pour toutes les équipes soignantes. Il s'agit d'aborder les notions générales sur les pathologies psychiatriques.

De plus, dans le cadre des RBPP sur la souffrance psychique de la personne âgée, le groupe Orpéea a mis en place un plan de formation sur les troubles suicidaires. Nous avons tous été formés en 2014 sur le repérage et la prise en charge des crises suicidaires afin d'éviter les passages à l'acte. Ce vaste plan de formation se poursuit en 2015. Dans ce cadre, les professionnels ont été formés

sur l'importance des opérations de diagnostic avant et en cours d'action.

4.2.3.3 Le développement professionnel continu

L'article 59 de la loi HPST du 21 juillet 2009 a introduit l'obligation pour les professionnels de santé du développement professionnel continu (DPC). Pour être validé au titre de DPC, la formation doit être habilitée par l'organisme gestionnaire du DPC, l'OGDPC. Elle comprend nécessairement une analyse de pratiques professionnelles dans l'objectif de perfectionner les connaissances et d'approfondir l'analyse théorico-clinique. La formation « tout au long de la vie » est citée comme un levier par C. de Singly (2014) dans son rapport « pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé » afin de suivre et de s'adapter à l'évolution des besoins. Cependant, selon l'auteur, les actions dans le domaine de la formation tout au long de la vie par les ARS paraissent très limitées. Pour ce qui concerne le DPC, peu de démarches sont aujourd'hui engagées du fait d'un dispositif mal connu ou jugé lourd et complexe. « *La réglementation prévoit que les ARS fixent les orientations régionales du DPC. Elles ne sont pas aujourd'hui mobilisées sur cet enjeu* » et de rajouter qu' « *il serait opportun d'en stimuler l'usage dans la perspective d'accompagner les évolutions professionnelles* »⁸³. Le DPC apporte un étayage extérieur sur les situations de travail et contribue au processus d'élaboration et de conceptualisation par lequel les compétences se développent. Dans ce cadre, la formation permettra de « *restaurer la logique de la réflexion quand l'habitude en aura été perdue (ou était absente), et donc de restaurer la possibilité pour les travailleurs d'enrichir eux-mêmes leurs capacités. Autrement dit, accéder, par ce double mouvement, à l'intelligence de la tâche* » (F. Minet, 1995, p. 55).

4.2.3.4 Compte personnel formation (CPF) et formation individuelle

Chaque professionnel peut également faire des formations individuelles, plus spécifiques à leur profession, en lien avec ce que F. Minet (1995) appelle le « noyau de compétences ». Il s'agit de l'ensemble des compétences caractéristiques d'un poste ou d'un emploi qui n'appartiennent qu'à cet emploi et qui en constituent le signe distinctif. « *Ces noyaux de compétences représenteraient en quelque sorte 'l'identité' de l'activité ou du métier soumis à l'observation* »⁸⁴. Deux personnes de l'équipe participent cette année au séminaire de psycho-gériatrie organisé par

⁸³ de Singly C., (2014), rapport à Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé, p.62.

⁸⁴ Minet, F., L'analyse de l'activité et la formation des compétences, L'Harmattan, 1995, Paris, p. 30.

le professeur Montfort à l'hôpital Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux. Le diplôme universitaire « psychiatrie du sujet âgé » intéresserait certains collaborateurs, ainsi que les formations proposées par St-Anne. Il s'agit là de demandes individuelles se faisant notamment lors de l'entretien annuel et gérées par le service formation.

4.3 Positionnement financier

L'observatoire des Ehpad (2014) écrit dans son analyse qu'« *anticiper les évolutions des besoins des résidents et les mutations du contexte économique et réglementaire, est aujourd'hui un pré requis nécessaire qui doit précéder la mise en œuvre de tout projet et investissement portés par les gestionnaires d'établissements* »⁸⁵. Cette démarche prospective se fait dans un modèle économique contraint, à la fois pour les gestionnaires d'établissements, les financeurs (assurance maladie et département), les résidents et les familles.

Dans cette partie du rapport, nous réalisons une analyse médico-économique du coût que représente le projet pour l'établissement au niveau des trois dimensions ressources humaines : supervision, co-thérapie et formation. A terme, nous souhaitons présenter notre projet de travail à l'ARS afin d'étudier avec elle les sources de financement possibles. Nous savons que, dans certaines régions, des appels à projets sur la prise en charge des troubles psychiatriques en Ehpad ont été lancés et des projets sont soutenus financièrement par les régions.

Concernant la supervision d'équipe, pratiquée par un psychologue extérieur formé, le coût est de 360 euros environ pour deux heures d'échanges. Le temps de présence des salariés se chiffre à 440 euros pour un groupe de 10 personnes, (10 personnes x coût horaire moyen 22euros x 2h). Sachant que la supervision est envisagée de manière mensuelle, elle représente pour l'Ehpad un coût total de 800 euros par mois.

Le travail en co-thérapie mobilise deux thérapeutes/paramédicaux pendant environ 1,5 heure, temps de séance et d'élaboration compris. Par rapport à la réalisation de deux ateliers distincts, le coût de la co-thérapie peut être chiffré à 33 euros par ateliers (1,5h x coût horaire d'un thérapeute). Si trois ateliers hebdomadaires se mettent en place, le coût des ateliers représenteraient mensuellement 396 euros (33 x 3 ateliers x 4 semaines).

La formation représente un coût de 1600 euros, pris en charge sur le budget formation. Elle sera réalisée par l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé sur le temps de travail des soignants,

⁸⁵ Observatoire des EHPAD, KPMG, avril 2014, p 5.

sans remplacement de personnel. Les « mini-formations » dispensées par les psychologues sont réalisées sur du temps de formation prévu et planifié dans les feuilles de route des soignants. Les formations individuelles et de DPC seront prises en charge par le service formation sur le budget actuel.

Nous pouvons donc prévoir un coût pour l'Ehpad des différentes actions se chiffrant environ à 1196 euros (800+396) mensuels.

Voyons à présent ce que pourrait rapporter financièrement la prise en charge des résidents psychiatriques. Nous sommes partis du postulat que nous accueillons environ quatre personnes âgées par an présentant un trouble psychiatrique en premier intention, pour lequel elles ont été suivies au cours de leurs vies. Si nous savons mieux prendre en charge ces pathologies stabilisées, si les représentations craintives sont moindres, notre réseau alentour développé et ceci en regard de l'évolution des demandes, nous pouvons supposer au moins doubler nos admissions. Or l'accueil de quatre résidents supplémentaires par an représente un chiffre d'affaire d'environ 20000 euros.

Au vue de ses données, l'établissement obtient un gain des actions mises en place. De plus, nous savons que nous avons les places disponibles car le taux d'occupation est en moyenne de 83 % (données sur l'année 2014), avec une oscillation de 80 % en décembre à 95 % en août, du fait des courts séjours et séjours de répit. Par contre, il va s'en dire que cela suppose que les médecins coordonnateurs signataires des dossiers de pré-admissions les valident. Ce qui nous conduit à la partie suivante qui concerne l'accompagnement des acteurs dans la conduite de changement.

4.4 La conduite de changement

Nous allons analyser ici en quoi ce projet constitue un changement, quelles sont les résistances engendrées et les leviers pour y remédier. Nous nous appuyons sur les travaux de plusieurs auteurs, et notamment l'ouvrage de C. Marsan (2008)⁸⁶ sur la conduite de changement.

Le changement est un processus dynamique et progressif permettant le passage d'une structure donnée à une autre, impliquant une remise en cause du fonctionnement initial. Dans notre démarche projet, il ne s'agit pas d'un changement radical, mais d'une évolution progressive, adaptée à l'évolution des besoins.

⁸⁶ Marsan, C., *Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs*, De Boeck, 2008, Bruxelles, 290 pages.

L'on parle de conduite de changement car le changement s'accompagne au niveau des acteurs. Mais, étant donné qu'il ne s'applique pas de la même manière à tout le monde, il faut l'accompagner de manière différenciée.

4.4.1 Les changements engendrés par le projet

La première question qui mérite éclairage est en quoi le projet de travail sur les troubles psychiatriques en Ehpad engendre-t-il un changement ?

Tout d'abord, il s'agit de faire évoluer les représentations des soignants, des résidents et des familles. La mobilisation sur le sujet, les échanges et la formation devraient contribuer à faire changer les regards et à déstigmatiser. Dans l'article « psychose et vieillissement »⁸⁷ l'auteur explique ce à quoi se confrontent les patients vieillissants : *« les patients psychotiques vieillissent cumulent les représentations sociales négatives, les préjugés et le rejet liés à la psychose, c'est-à-dire à la folie avec un effet de discrimination sensible sur leur lieu de vie personnel ou en Ehpad, de la part des autres résidents, des familles, et du personnel qui déclare : 'nous ne sommes pas formés, nous n'entendons rien à la psychiatrie' »*. C'est tout à fait le discours que nous pouvons entendre jusque lors dans l'Ehpad.

De plus, les pratiques doivent évoluer à plusieurs niveaux.

Au niveau des médecins, la validation des dossiers de pré-admission est la première étape. Avec le maillage au niveau du réseau et la formation, et donc nos possibilités de prise en charge, nous tendons vers un questionnement différent lors de cette étape d'amont à l'entrée dans l'institution.

Au niveau des thérapeutes et paramédicaux, un travail de médiation thérapeutique différent devrait découler du projet, avec davantage de liens entre les professionnels, avec de la co-thérapie et des temps de supervision.

Au niveau infirmier, leur rôle dans la prise en charge des résidents est réaffirmé avec l'importance des « soins relationnels ».

Au niveau des habitudes de travail, le projet tend vers la décentration, en travaillant avec tous les acteurs du réseau environnant. Il s'agit de sortir d'une approche autocentrée et individualiste.

Enfin, l'image de la résidence en sera elle-même impactée, et d'autant plus avec l'augmentation des besoins et de l'accueil dans les années à venir. S'il est vrai que la résidence offre

⁸⁷ *Psychose et vieillissement in l'information Psychiatrique Volume 86, Numéro 1, 39-47, janvier 2010, Psychiatrie du sujet âgé : enjeux cliniques et institutionnels*

un standing et appartient à un groupe privé à visée commerciale, ce dernier a cependant investi le champ de la psychiatrie depuis longtemps avec les cliniques psychiatriques de sa filiale Clinea.

Le projet semble toucher à la dimension culturelle de l'établissement, au niveau de ses trois composantes, à savoir les conceptions (représentations), les valeurs (normes) et les pratiques⁸⁸. Si les pratiques tendent à évoluer, comme précités, la culture de l'institution devrait en être impactée. Or, nous savons qu'il est difficile de faire changer l'aspect culturel car il touche aux valeurs identitaires. Dès lors il est nécessaire de comprendre les résistances afin de fiabiliser les actions d'accompagnement. La question des acteurs est ici au premier plan.

4.4.2 Les résistances au changement

La résistance au changement fait partie du processus même de toute modification. En effet, bien que l'être humain dispose d'une capacité à s'adapter aux nouvelles situations, il cherche à les éviter pour plusieurs raisons, qui sont en grande partie liées aux représentations et à leur charge émotionnelle inhérente. L'individu se positionne en fonction du niveau de remise en cause de ses habitudes, de sa perception de la situation et de l'impact du changement qu'il projette sur son avenir. Ainsi, l'adhésion et l'engagement des acteurs dépendent d'un calcul entre les gains et les pertes qu'ils se représentent. « *La résistance au changement est l'expression raisonnable et légitime des risques que comporte le changement pour les acteurs* » (M. Crozier et E. Friedberg (1977) cités par C. Marsan (2008)⁸⁹). De ces perceptions individuelles au départ, vient progressivement une perception collective du changement.

Dans la mise en route du projet, j'ai pu mesurer à quel point la perspective de changement fait peur. J'ai identifié certaines causes aux résistances rencontrées. La peur du bouleversement des habitudes s'accompagne pour une partie des acteurs d'une peur de l'inconnu. Cependant, tel que l'écrivent P. Van de Bulke et I. Moemes (1995) « *la non motivation n'existe pas. Le problème qui se pose à l'entreprise c'est que tous ses acteurs ne sont pas motivés par les mêmes choses en même temps (...) chacun est motivé par quelque chose auquel il attache de la valeur* »⁹⁰. A moi de le comprendre, d'accompagner et de rassurer en fonction. Par exemple, notons la réticence de la surveillante générale en début de projet, me disant « il y a déjà bien du travail et des besoins d'amélioration dans ce que nous faisons déjà avant de se pencher sur d'autres projets ». Elle

88 Dumond, JP., *Analyse culturelle des organisations, Master MOS 14-15*

89 Marsan, C., *Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs, De Boeck, 2008, Bruxelles, 290 pages, p.99.*

90 Van De Bulke, P., Moemes, I., *Le management relationnel, Dunod, 1995 Paris, p. 109.*

considérerait d'autres priorités de travail et avait peur quand se préoccupant de ce sujet, nous en arrêtons d'autres (comme le risque infectieux). Une crainte sous-jacente résidait également dans la peur de l'inconnu, dans la façon dont j'allais dérouler les actions ainsi qu'une peur d'augmentation de sa charge de travail. Elle a été rassurée au fur et à mesure de l'avancée du projet, en voyant également qu'elle était impliquée et que je prenais en compte ses avis. Comme cette collègue, j'ai pu identifier les acteurs « confrontants » mais aussi les acteurs « indifférents » et les acteurs « facilitateurs » (Boutinet, 1994). Certains ont tout de suite été partie prenante du projet car notamment confrontés à la problématique au quotidien et en demande de réponse. Cela a été le cas de la musicothérapeute et l'art thérapeute, par exemple.

Dans la démarche de conduite de changement, la question du « pourquoi » a été ensuite remplacé ou complété au fur et à mesure par des « comment » (P. Van de Bulke, I. Monemes, 1995).

4.4.3 L'accompagnement du changement

Concernant les méthodes pour gérer les résistances, C. Marsan (2009) cite plusieurs auteurs (Coch et French, Kotter et Schlesinger, Maurer et Puccinelli) pour lesquels les éléments suivants apparaissent comme des fondamentaux : la communication autour du projet, l'explication sur le sens et l'intérêt, la participation des acteurs à sa conception et l'écoute. Elle précise que « *lorsque le changement est suffisamment bien expliqué, que les acteurs concernés sont impliqués au plus tôt dans le processus d'élaboration du changement ou de mise en œuvre, alors les résistances diminuent* »⁹¹. J'ai tout au long du projet communiqué, essayé d'impliquer les acteurs, recueilli les avis des personnes pour aboutir au bilan que je présente dans la partie suivante du rapport. Les gains identifiés du projet concernent une amélioration des connaissances et compétences, une réponse à un besoin et une demande des soignants, une meilleure compréhension des problématiques rencontrées et la qualité de soins. En contrepartie, la peur de perdre un certain confort de travail, de devoir acquérir de nouvelles connaissances et habitudes de travail bousculent.

Selon P. Van de Bulke et I. Moemes (1995, p. 52), « *mobiliser l'intelligence, c'est renverser la charge de l'initiative, faire en sorte qu'elle ne vienne pas exclusivement d'en haut mais que chacun puisse exprimer sa propre faculté d'initiative* ». La modalité du groupe de travail mais aussi les échanges réguliers avec les médecins, psychologues et la direction m'ont semblé rentrer dans

⁹¹ MARSAN, C., *Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs*, De Boeck, 2008, Bruxelles, p. 108

cette démarche, afin de fournir un travail collaboratif nécessaire à l'avancée du projet.

La meilleure motivation au travail est la régulation identitaire par le sens. J'ai ainsi tenté de trouver les ressorts individuels et collectifs de l'adhésion au projet, de sorte de que chacun voit l'intérêt dans sa pratique. J'ai notamment dû expliquer qu'il ne s'agissait pas de « révolutionner » les pratiques mais de se questionner et de mettre en place des actions en vue de l'amélioration de la qualité des soins de façon progressive et de manière collégiale. Une réflexion commune sur les représentations de la situation souhaitable doit se construire. Le niveau de contexte partagé doit être élevé par la co-construction de critère de qualité.

Or, il faut du temps pour accompagner un changement. Le processus comprend des étapes de confusion, de reconstruction et de nouvelle structure. C. Marsan (2008, p 249) parle d'étapes cognitives et émotionnelles du changement. Le fait que j'ai eu le temps de l'année universitaire pour mettre en place les différentes étapes du projet, qui se poursuivra l'année prochaine, est je pense un atout. Le travail d'élaboration, de construction et de maturation a pu se faire progressivement pour chacun, et j'ai moi-même beaucoup évolué dans ma réflexion depuis la date de la commande en juin 2014.

4.5 Bilan réflexif

Dans cette partie de bilan, je souhaite revenir tout d'abord sur les étapes de maturation du projet. En effet, depuis juin 2014, ce dernier a mûri et évolué au fur et à mesure des échanges et des visites, si bien que je ne le conçois plus aujourd'hui comme au départ. Je présente ensuite les trois scénarios qui se sont profilés pour la résidence, puis des éléments de réflexion personnelle.

4.5.1 Maturation du projet

La demande de la directrice était de travailler sur l'amélioration de la prise en charge des résidents présentant des troubles psychiatriques dans l'Ehpad. Les difficultés rencontrées dans la prise en charge avec certains résidents, « dérangement », déambulant et affichant physiquement dans leur posture l'aspect « psy » (en partie du fait des effets secondaires des traitements), ont contribué à la mise en place du projet. De plus, nous avons réalisé durant les deux années précédentes un travail conséquent sur la prise en charge des troubles démentiels, auxquels j'ai participé avec la mise en place du Pasa. Au vu des résultats positifs de cette unité, en termes de

qualité de vie et de soin, l'idée, que je partageais alors, était donc au départ de réfléchir à une prise en soin différente et à des ateliers thérapeutiques adaptés, comme nous l'avions fait pour la démence.

Je me suis aperçue ensuite que cette façon de réfléchir n'était pas la bonne, dans le sens où il fallait partir des besoins, au niveau de l'organisation des soins et des résidents, individuellement, et non réfléchir en terme de pathologies et de symptômes. La différence fondamentale avec les Pasa sont également que ces structures sont portées par les ARS avec un cahier des charges précis et une enveloppe financière. L'opportunité de développement n'est donc pas la même. Lors des visites des structures, nous avons pu appréhender le fonctionnement de la psychiatrie du sujet âgé, la notion de territoire et de secteur, et compris que la mise en place des ateliers thérapeutiques découlerait de la formation, mais n'était pas une finalité.

De plus, j'ai progressivement pris de la « hauteur » quand à ma posture, en m'éloignant du « faire » pour être davantage dans l'accompagnement des acteurs. La conduite de changement, la modification des représentations, afin d'éviter la stigmatisation, et la création du maillage des acteurs ont donc finalement été au cœur du projet.

4.5.2 Trois scénarios envisageables

Trois scénarios concernant les troubles psychiatriques semblent envisageables en Ehpad. Tel que l'écrivent P. Van De Bulke, et I. Monemes (1995, p. 40), « *mieux anticiper, c'est exercer à concevoir plusieurs scénarios pour demain* »⁹².

Le premier scénario consiste à créer une unité spécifique. Cela signifierai de délocaliser certains résidents et de progressivement attribuer un secteur à la gestion des troubles psychiatriques. Ce choix a été fait par certains Ehpad mais il nous paraît stigmatisant et non adapté au projet de la résidence. Pour ce scénario, un temps de psychiatrie est indispensable. A partir des expériences de créations d'unités spécifiques dans les Ehpad, nous nous sommes positionnés, lors d'une réunion du groupe de travail comme non favorables à l'ouverture d'une unité dédiée à la psychiatrie du sujet âgé. Nous souhaitons conserver l'organisation actuelle, avec des lieux de vie répartis sur le site, afin d'éviter la stigmatisation et favoriser l'intégration sociale.

Le second scénario consisterait à transformer des places d'Ehpad en FAM, sur le modèle de la résidence Leopod Bellan à Septeuil, ou en foyer de vie, tel que cela a été demandé par l'ARS dans

92 Van De Bulke, P., Monemes, I., *Le management relationnel*, Dunod, 1995 Paris.

la résidence Orpéa du Clos d'Oseraie (Osny) dans le Val d'Oise. Il me semble qu'il ne s'agit pas de tenter de réfléchir à de nouvelles structures sachant qu'ils en existent qui fonctionnent au sein des Ehpad. Lors du groupe de travail, nous avons échangé sur les FAM, afin d'évaluer s'il s'agissait d'une opportunité d'évolution pour la résidence. En point positif les moyens humains et financiers mis en avant sont intéressants et permettent une prise en charge de qualité avec un temps de psychiatre et de moniteurs éducateurs. Cependant, les prix sont plafonnés et cela engendrerait l'ouverture de la résidence à un autre profil de population (accueil à partir de 45 ans).

Le troisième scénario consiste à garder l'organisation actuelle, à savoir la répartition des résidents sur les différents secteurs. Le personnel sera alors formé régulièrement avec des temps d'échange et de supervision. Les premières formations externes se dérouleront en juin et septembre (4 sessions) avec un programme différent en fonction des participants (IDE, thérapeutes, paramédicaux et AS). Il est décidé, en plus de la formation, de poursuivre le renforcement des liens avec les acteurs extérieurs afin d'avoir un maillage permettant de répondre à nos besoins. Les échanges avec le secteur psychiatrique sont renforcés et nous favoriserons les conventions avec les structures publiques et privées. La télémédecine qui se développe est une ressource de taille, notamment concernant la téléexpertise. Il nous faut également développer le réseau de suivi. Concernant les ateliers thérapeutiques, il a été conclu que les professionnels pouvaient s'autoriser des prises en charge différentes en fonction des besoins, évaluer au cas par cas. Selon ce scénario, les changements se feront progressivement au gré des entrées, en fonction des dossiers d'admission validés.

Nous avons donc statué en groupe de travail sur le troisième scénario dans une vision à court et moyen terme. Il est possible que les décisions changent par la suite, en fonction des appels à projets et échanges avec les ARS. Les changements se feront donc de manière progressive.

4.5.3 Réflexions personnelles

Ma première réflexion concerne le fait que les troubles psychiatriques, même s'ils vont être croissants en Ehpad et qu'ils nécessitent une formation spécifique avec la collaboration entre plusieurs acteurs, touchent finalement qu'une petite part des résidents se trouvant actuellement dans l'Ehpad. L'analyse de terrain m'a permis de me rendre compte d'une marge existante entre les ressentis et la réalité des situations. Il est donc nécessaire de toujours baser sa réflexion sur du concret, d'où l'intérêt du contrôle ou dialogue de gestion.

Ma seconde réflexion concerne le fait que la problématique de la psychiatrie du sujet âgé se rencontre dans l'ensemble des structures pour personnes âgées et en psychiatrie. Les USLD, les unités psychiatriques (intra et extra) sont également confrontées au fait que l'on ne sait plus « où mettre » nos aînés ayant baignés dans le système psychiatrique. Les autorités de santé et les tutelles devront, comme ils commencent à le faire avec certains appels à projets, se pencher sur cette question.

L'orientation prise par la résidence est en fait très liée aux positionnements des médecins lorsqu'ils valident les dossiers d'entrées. En fonction des résidents accueillis, la vie collective et l'image de la résidence évolue. Or, de plus en plus, avec la concurrence croissante sur notre territoire, très pourvue en Ehpad, la contrainte du taux d'occupation rentre en jeu. En effet, les médecins, dans un contexte économique restreint, peuvent de moins en moins « sélectionner » les entrées.

Le fait que très peu de psychiatre sur le territoire soient intéressés pour travailler avec des personnes âgées et avec une structure médico-sociale vient compliquer les prises en charge. Les nouveaux suivis sont très difficiles à mettre en place et le CMP de secteur surchargé. La psychiatrie du sujet âgé est une discipline spécifique et l'on manque de praticien dans ce domaine.

Les changements dans la résidence concernant les pratiques vont se faire progressivement. Dans notre démarche prospective, restons cependant en veille quant aux appels à projets dans le domaine.

CONCLUSION

L'accueil et l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques en Ehpad posent question. D'une part, parce que les établissements ont des réticences à les accueillir, notamment du fait des représentations et des craintes qui y sont liées. Et d'autre part, parce que leur prise en charge nécessite un accompagnement particulier, sur lequel il faut être formé, et surtout un travail collaboratif avec le réseau psychiatrique.

Dans la résidence Saint-Rémy, nous tentons de développer cet accompagnement afin d'offrir une prise en soin individualisée et de qualité et de développer le bien-être au travail. Plusieurs aspects ont été étudiés, au niveau organisationnel, territorial, éthique, juridique et du management des ressources humaines. Des échanges, des groupes de travail et des visites nous ont permis de développer le projet pour Saint-Rémy qui fait le choix d'unités mixtes.

La démarche de projet conduite vise à modifier les représentations et à éviter la stigmatisation. Nous avons modélisé le réseau ressource pour la résidence en cas de décompensation d'un résident et mis en place des actions de formations pour le personnel, s'appuyant sur le développement des compétences des collaborateurs.

Tout nouveau projet engendre une sensation de mise en danger, d'où les résistances de certains auxquelles j'ai été confrontées. Mais, la mise en mots et l'accompagnement apportés par la formation universitaire m'ont permise de prendre de la distance, de moi-même évoluer dans ma posture et de mener ce projet managérial tel qu'il est abouti à ce jour.

En conclusion, ce projet tel que je le conçois, va se poursuivre dans les années à venir. Il s'agit d'un premier pas et nous devons, je pense, nous questionner dans quelque temps, en fonction de l'évolution du profil des résidents à venir.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES / REVUES :

- BENOIST, J., Logique de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation, L'information psychiatrique, vol. 83, N°8, 2007, pp. 649-654.
- BENSOUSAN, M., La prescription du travail en gestion de projet, Revue d'anthropologie des connaissances, Vol. 7, n° 4, 2013, pp. 941-969.
- DEFROMONT, L., ROELANDT, JL., Les représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif », Évolutions psychiatriques, vol 79, n°10, 2013.
- DEJOURS, C., Coopération et construction de l'identité en situation de travail, 1993.
<http://1libertaire.free.fr/Dejours19.html>
- EHPAD : de la difficulté de prendre en charge les pathologies mentales, Le quotidien du médecin, octobre 2013. <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/sante-publique/ehpad-de-la-difficulte-de-prendre-en-charge-les-pathologies-mentales>
- GALLARDA, T., Prendre soin des personnes âgées atteintes de troubles mentaux, Revue Santé Mentale, N° 131, 2008, pp 26-29.
- GIORDANA, JY., Changer de regard sur les maladies mentales. <http://www.essentiel-sante-magazine.fr/ma-sante/maladies/changer-de-regard-sur-les-maladies-mentales>
- HARDY-BAYLE, MC., Coordination, partenariat, coopération entre professionnels de santé : la question des réseaux de santé en psychiatrie. <http://www.rpsm78.com/pdf/Article%2037-956-A-15.pdf>
- JOLIVET, G., Psychose et vieillissement, L'information psychiatrique, vol. 86, N°1, 2010, pp.39-47.
- Le BOTERF, G., Gestion des compétences Définition, nécessité, faisabilité..., Analyse ressources humaines, 2005, gestions hospitalière.
- MAYEN, P., Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. Recherche en éducation, 4, 2007, pp. 51-64.
- Promotion d'un soin relationnel infirmier en psychiatrie... ou comment redonner un sens soignant à la parole infirmière, perspectives psy, vol 49 n°3, juil-sept 2010.
- « Quand les fous vieillissent ».
<http://emiliennemalfatto.blog.lemonde.fr/2013/03/14/quand-les-fous-vieillissent>
- Revue Santé Mentale N° 172, Dossier Le cadre thérapeutique, novembre 2012.
- Responsable santé n° 216 , juin 2004.
- Filière gériatrique et ressource gérontopsychiatriques, dossier La santé mentale du grand âge, SOINS PSYCHIATRIE, n° 290, janvier/février 2014.
- Les enjeux de la Télémédecine

<http://www.sante.gouv.fr/la-tele-medecine-les-enjeux.html>

- Le déploiement de la télémédecine en ville et dans le secteur médico-social
<http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-en-ville-et-dans-le-secteur-medico-social-9-regions-selectionnees-afin-d-experimenter-des-tarifs-prefigureurs.html>
- Les enjeux de la télémédecine
<http://www.sante.gouv.fr/la-tele-medecine-les-enjeux.html>
- Stratégie nationale de déploiement de la télémédecine
<http://www.sante.gouv.fr/la-telemedecine-strategie-nationale-de-deploiement-de-la-telemedecine.html>
- Le déploiement de la télémédecine : tout se joue maintenant.
<http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html>

CONFERENCES :

- BOUGEROL, T., Difficultés de la psychiatrie du sujet âgé, 1ère journée de Gérontopsychiatrie Grenobloise, novembre 2011, CHU Grenoble.
- HAS – Haute Autorité de Santé – Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis.
 - VOLKOFF, S., « Les transformations du travail de 1980 à 2010 »
 - CLOT, Y. « Qualité de vie au travail et qualité du travail ».
http://www.anact.fr/portal/page/portal/web/Videos/Videos_detail?pthingIdToShow=27653600
- 30ème congrès de la Société Française de Psychogériatrie de Langue Française, 10 au 12 septembre 2014 et notamment les interventions suivantes :
 - BENOIT, M., Troubles bipolaires et démences : continuum ou entités distinctes
 - NASFI, A., Expérience d'accueil en USLD de patients vieillissants issus de la psychiatrie
 - VANDEL, P., VALLAT, V., Unité de psychiatrie en EHPAD : à propos d'une expérience novatrice

DOCUMENTS INTERNES A L'ETABLISSEMENT :

- Formation interne ORPEA, Les troubles psychiatriques chez la personne âgée en EHPAD.

ETUDES / MEMOIRES / THESES :

- FEVE, S., Le rapport au corps chez le schizophrène vieillissant, juin 2004, DE Psychomotricien.
- MENAHEZE, F., Accueillir le Handicap mental en EHPAD, 2012, projet managérial Master Management des Organisations Soignantes, ESM Paris.
- MOINEVILLE, M., Rôle des usagers de la psychiatrie dans la déstigmatisation de la maladie

mentale, mai 2012, thèse. <http://chameaupsy.com/images/stories/systeme/doc-archives/memoires-theses/moineville-these-2012-usagers-destigmatisation.pdf>

- Module interprofessionnel de santé publique EHESP, Quelles articulations entre les prises en charge psychiatrique et médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ?, 2010.
http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/mip/2010/groupe_2.pdf
- Questionnement sur les missions des EMS. Spécificités de la population de psychiatrie de l'âge avancé .
http://www.arpege-vd.ch/wp-content/uploads/2014/04/Etude-PAA-mars2014_Rapport-et-annexes.pdf

OUVRAGES :

- BOURRET, P., Prendre soin du travail, un défi pour les cadres à l'hôpital, éd Seli Arslam, 2011, Paris, 190 pages.
- sous la direction de CLEMENT, JP., Psychiatrie de la personne âgée, Flammarion, 2010, Paris, 649 pages, Collection Médecine et Sciences.
et notamment les articles suivants :
 - BAZIN, N., CLEMENT, JP., JALENQUES, I., Pathologie délirante (avec le concept de « schizophrénie tardive » et le vieillissement des psychoses), pp. 159-177
 - CLEMENT, JP., NUBUKPO, PH., et BONIN-GUILLAUME, S., Pathologie Dépressive, pp. 141-158
 - GALLAND, F., JALENQUES, I., MALAUZAT, D., et CLEMENT, JP., troubles bipolaires, pp. 254-261
 - PELLERIN, J., GUILLAUMONT, PH., Structures médico-sociales et sociales (Institutionnalisation), pp. 523-533
 - PLOTON, L., LEFEBRE, V., DES NOETTES et THOMAS P., Interventions systémiques, thérapies de groupe, thérapies familiales et soutien aux familles, pp. 421-428
 - PRADO-JEAN, A., NUBUKPO, PH., DRUET-CABANNAC, M., PREUX, PM., Épidémiologie des troubles psychiatriques, pp. 12-25
 - VIEBAN, F., PEIX, RO., CLEMENT, JP., Organisation des soins en psychiatrie de la personne âgée, pp. 497-511
- MARRO, A., L'art de manager en EHPAD, Les études hospitalières, 2013, Bordeaux, 222 pages, Collection pratiques professionnelles.
- MARSAN, C., Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs, De Boeck, 2008, Bruxelles, 290 pages.
- MINET, F., L'analyse de l'activité et la formation des compétences, L'Harmattan, 1995, Paris, 157 pages.
- VAN DE BULKE, P., MONEMES, I., Le management relationnel, Dunod, 1995, Paris, 199 pages.

RAPPORTS :

- Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf
- Recommandation ANESM, Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, mai 2014.
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANE-Agees-Souffrance_psychique_BAT.pdf
- Éléments de cadrage, projet de RBPP, Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement.
http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_de_cadrage_Prise_en_compte_de_la_souffrance_psychique_de_la_personne_agee.pdf
- de SINGLY, C., Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé, 2014, rapport à Madame la ministre des affaires sociales et de la santé.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Mission_de_Singly-version_10_juillet_2014_.pdf
- PRS 2012-2016
<http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-schema-orga-soins-hospitalier.pdf>
<http://prs.sante-iledefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-schema-orga-soins-hospitalier-volets-thematiques.pdf>
- Observatoire des EHPAD, KPMG, avril 2014,
<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf>

SITES INTERNET :

- <http://www.insee.fr>
- <http://www.investirlmnp.fr/actualites/classement-ehpad-2014-21>
- <http://capital.fr/bourse/communiqués/orpea-entree-strategique-d-un-nouvel-actionnaire-15-du-capital-et-augmentation-de-capital-de-100-m>
- <https://fr.linkedin.com/company/orpea>
- <http://orpea.com>
- www.psycom.org
- www.rpsm78.com
- <http://www.clinique-rochebrune.com>
- <http://www.manager-go.com/gestion-de-projet/travail-en-groupe.htm>

- <http://www.fep.asso.fr/articles/un-partenariat-en-faveur-des-personnes-agees-souffrant-de-pathologies-psychiatriques/>
- www.ahfc.fr/.../presse/CP20130530_Convention_Maison_Blanche_AHF
- [ascodocpsy bibliographie : http://semaine-sante-mentale.fr/wp-content/uploads/2012/01/Bibliographie_SISM2010.pdf](http://ascodocpsy.bibliographie.org/http://semaine-sante-mentale.fr/wp-content/uploads/2012/01/Bibliographie_SISM2010.pdf)
- ars.sante.fr
- www.has-sante.fr
- [Code de la santé publique - Article L6316-1 | Legifrance](http://www.legifrance.gouv.fr/Code-de-la-santé-publique-Article-L6316-1)
- <http://www.dictionnaire-juridique.com/definition/contrat.php>

AUTRES :

- Dr Emilie Olié, Troubles bipolaires : la polarité dominante, AstraZeneca (plaquette d'information/psychiatrie du sujet âgé)

RESSOURCES PEDAGOGIQUES :

- COLLET, D., Le droit au sein des coopérations et groupements institutionnels, Master MOS 14-15
- DUMOND, JP., Analyse instrumentale, politique et culturelle des organisations, Master MOS 14-15
- MARCHAND, X. Séminaire MRH, Master MOS 14-15
- PAPIN-MORARDET, M., L'évaluation des pratiques professionnelles, DU EPOS 13-14
- ROBINEAU-FAUCHON, I., Conduite de projet, Master MOS 14-15.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Évolution du nombre de lits dans le groupe ORPEA de 2008 à 2014

Annexe 2 : Évolution du chiffre d'affaires et des résultats du groupe ORPEA de 2008 à 2013

Annexe 3 : Référentiel de certification QUALICERT

Annexes 4 : Cartes du territoire Yvelinois

4.1 : Hébergement en USLD et Ehpad dans les Yvelines

4.2 : Carte du territoire Sud Yvelines

Annexe 5 : Les secteurs de psychiatrie et leurs structures pour adultes

Annexe 6 : Le secteur de psychiatrie 78 G 16

Annexe 7 : Note de cadrage

Annexe 8 : Lettre de mission

Annexe 9 : Diagramme de Gantt

Annexe 10 : Démarche de Benchmark : fiche d'aide au recueil des données

10.1 : Ehpad Maison Blanche

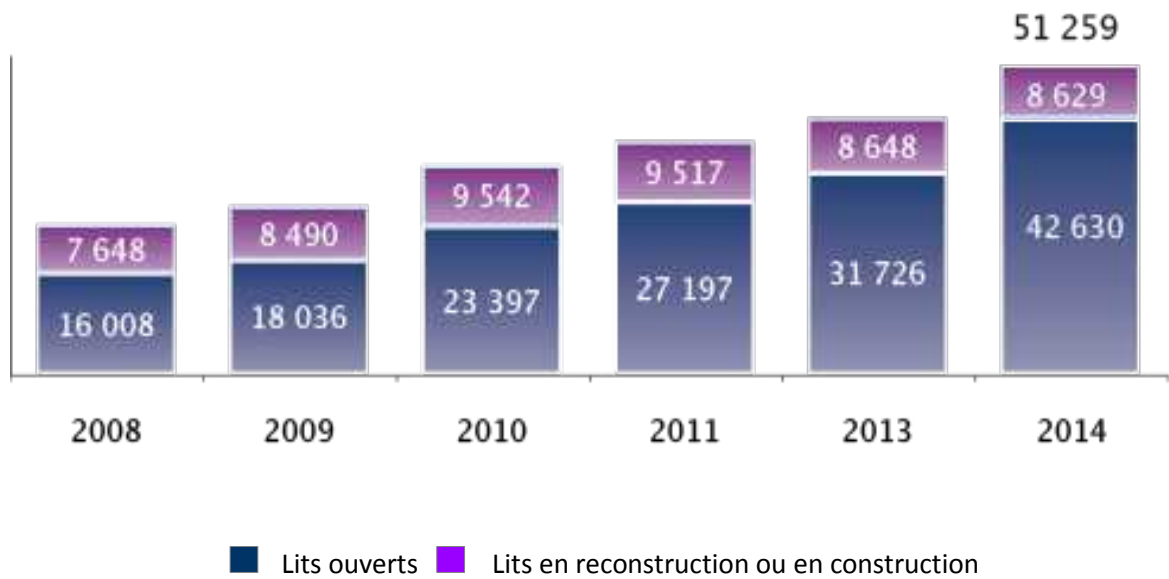
10.2 : Ehpad Beau Site

10.3 : Insitut Marcel Rivière

10.4 : Ehpad Leopold Bellan

Annexe 1 :

Évolution du nombre de lits dans le groupe ORPEA de 2008 à 2014



source : <http://www.orpea.net>

Annexe 2 :

Évolution du chiffre d'affaires et des résultats du groupe ORPEA de 2008 à 2013



source : <http://www.orpea.net>

Annexe 3 :

Référentiel de certification QUALICERT



LISTE DES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES CERTIFIEES DANS LE REFERENTIEL CERTIFICATION DE SERVICES QUALICERT

www.qualicert.fr

1. Un projet d'établissement formalisé, validé, diffusé, évalué et actualisé
2. Un cadre de vie rassurant et sécurisant, aménagé pour le bien être des personnes âgées
3. Une prestation hôtelière en adéquation avec les besoins d'une clientèle hébergée en Etablissements pour Personnes Agées
4. Le futur résident et sa famille sont accueillis et renseignés de façon exhaustive sur les modalités de fonctionnement de l'établissement et une visite leur est systématiquement proposée
5. Le jour d'arrivée, la personne âgée est attendue et accueillie par un responsable de l'établissement
6. Pendant les premiers jours, la personne âgée est accueillie et associée progressivement à la vie de l'établissement
7. La circulation des résidents est libre et facilitée pour les personnes nécessitant une aide
8. Les résidents sont encouragés à s'exprimer et à participer à la vie de l'établissement 5 jours par semaine, l'établissement organise des activités variées, adaptées au niveau de dépendance et aux souhaits des résidents.
9. Les résidents et les proches sont informés sur la vie de l'établissement
10. La famille et les proches sont les bienvenus à tout moment et informés sur le bien être des résidents
11. Les résidents peuvent communiquer avec l'extérieur simplement et rapidement, de manière autonome
12. Un personnel formé régulièrement, dont la préoccupation est centrée sur le bien être des résidents
13. Les locaux et les équipements sont adaptés aux besoins évolutifs des résidents
14. Une organisation médicale et paramédicale qui garantit la sécurité, la qualité et la continuité des soins aux résidents
15. Une démarche de prévention et de maintien de l'autonomie est assurée
16. Les résidents atteints de troubles psychiques font l'objet d'une évaluation et d'une prise en charge adaptée à leur état
17. Un accompagnement de fin de vie assuré dans la dignité et le respect des convictions du résident
18. Une démarche de prévention des risques maltraitance est assurée
19. Un suivi annuel de la satisfaction des résidents et de leurs proches, et un traitement systématique des dysfonctionnements identifiés
20. Une mise en place de l'analyse de ses pratiques
21. La sollicitation chaque quadrimestre de l'avis de chaque partie intéressée sur le fonctionnement de l'établissement
22. Des engagements spécifiques aux unités spécialisées aux maladies Alzheimer ou apparentées
 - a. Un projet spécifique et formalisé intégré au projet d'établissement
 - b. Une architecture, des espaces de vie spécifiquement organisés
 - c. Une politique d'admission et de sortie de l'unité formalisée
 - d. Du personnel pluridisciplinaire et formé
 - e. Une intégration au réseau local.

*Le référentiel de certification de services peut-être obtenu auprès de SGS-ICS- www.qualicert.fr
SGS ICS : 29 avenue Aristide Briand - 94 111 Arcueil Cedex-*

Annexes 4 :

Cartes du territoire Yvelinois

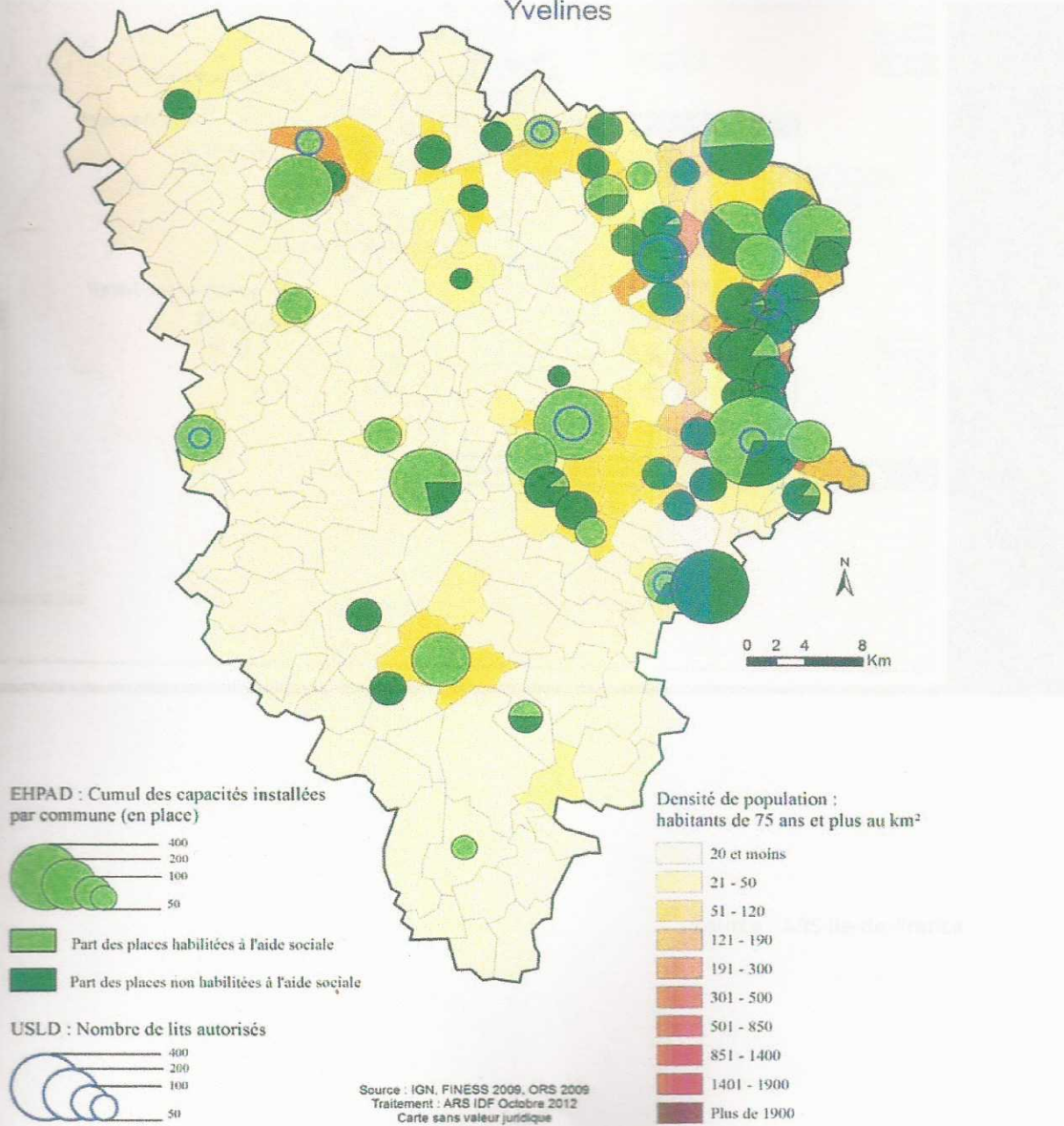
Annexe 4.1:

Hébergement en USLD et Ehpad dans les Yvelines⁹³

93 *Source : SOMS ARS IDF*

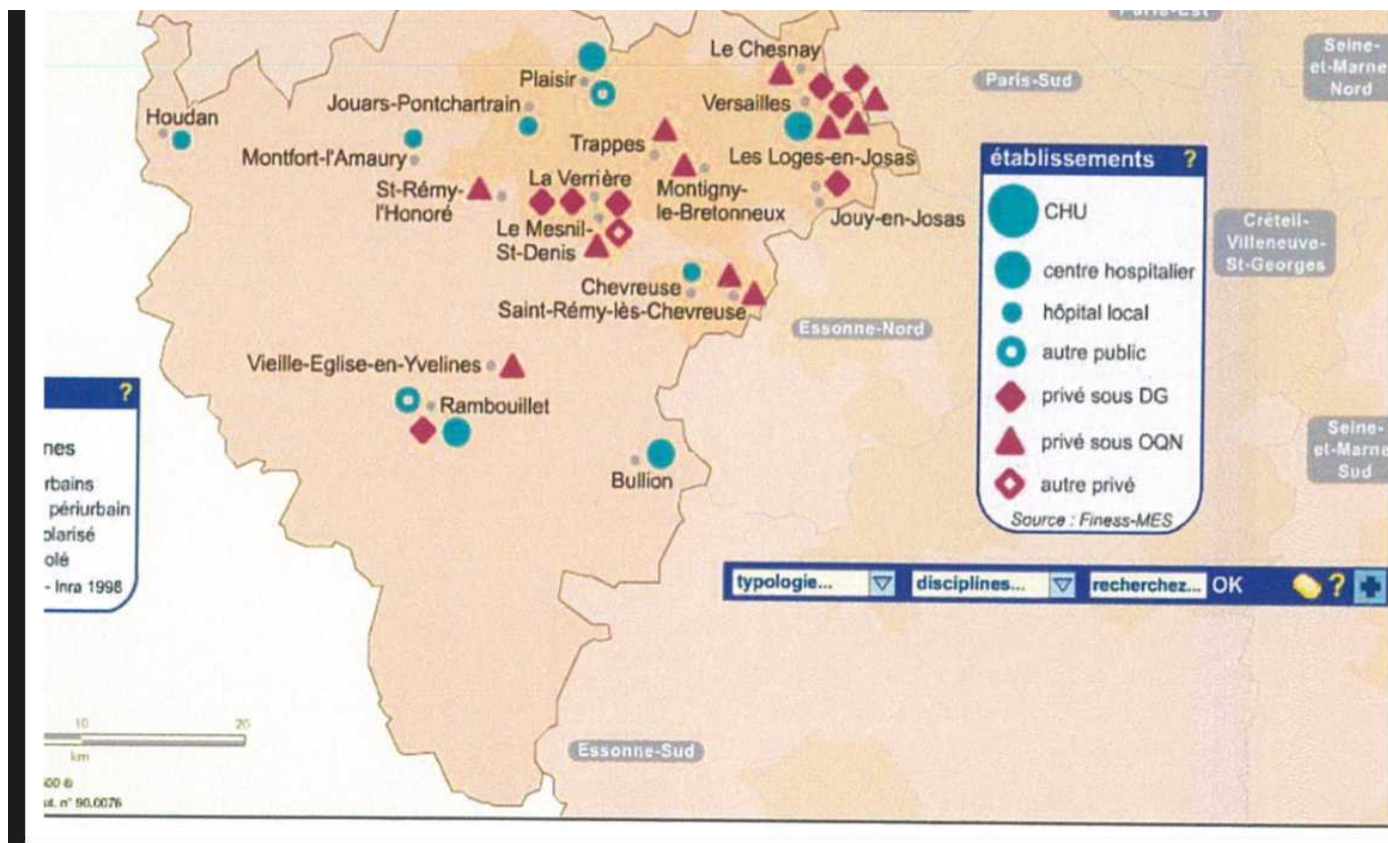
Hebergement en unité de soins longue durée (USLD)
et en Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (EHPAD)

Yvelines



Annexe 4.2 :

Carte du territoire Sud-Yvelines⁹⁴



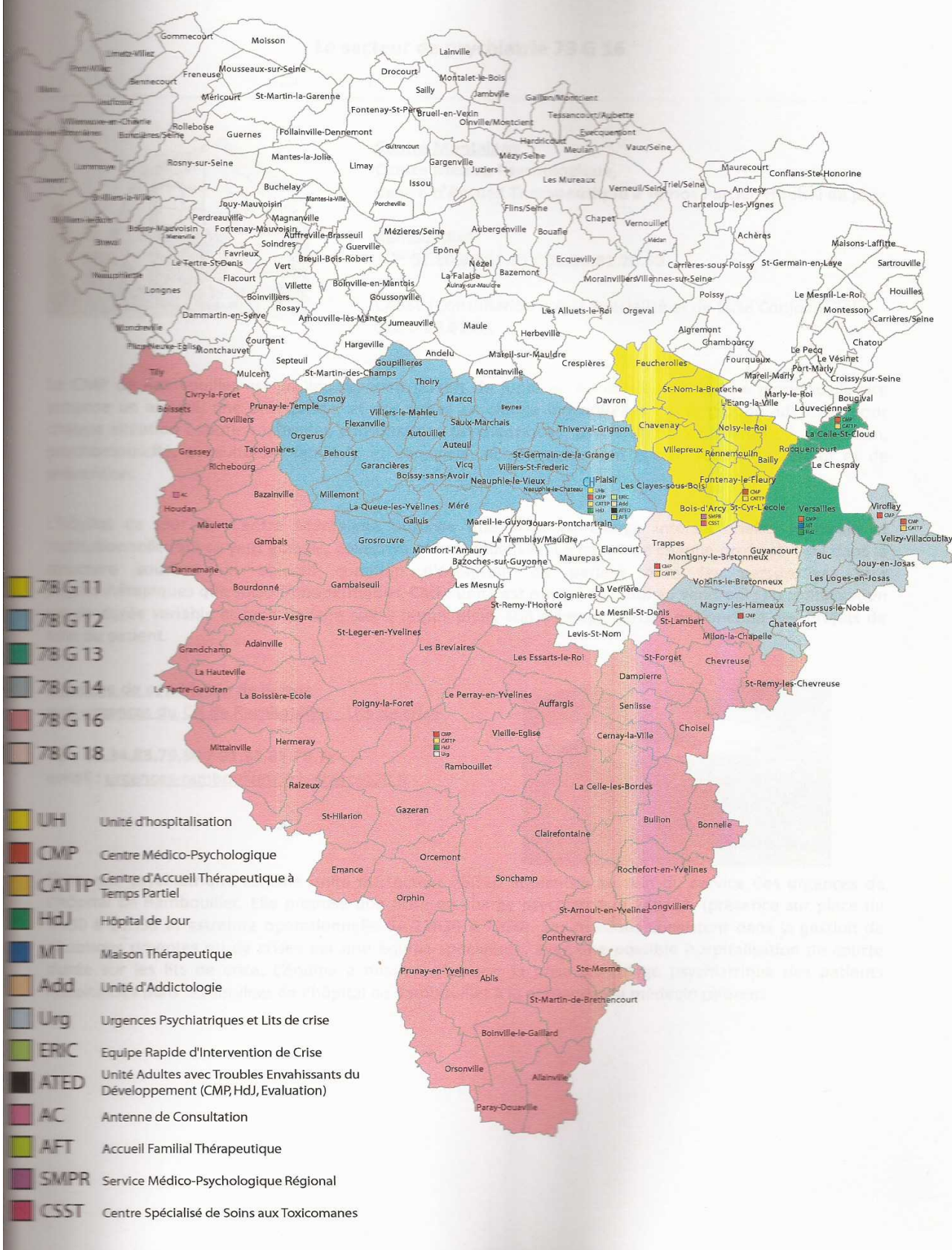
94 source : ARS Ile-de-France

Annexe 5 :

Les secteurs de psychiatrie et leur structures pour adultes⁹⁵

95 source : http://www.ch-charcot78.fr/documents/secteurs_adultes.pdf

Les secteurs et leurs structures pour adultes



Annexe 6 :

Le secteur de psychiatrie 78 G 16



Centre Montaigne

**Centre Médico Psychologique,
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, Hôpital de jour
Rambouillet**

Tél : **01.30.88.61.61 / 01.30.81.20.50**

**CASSC (Consultation d'Avis Spécialisé et de Suivi Conjoint) Tél :
01.30.88.61.61**

Le CMP de Rambouillet est un lieu de soins ouvert du lundi au vendredi. Une équipe pluridisciplinaire propose un accueil, une orientation, et des prises en charge individuelles ou de groupe adaptées pour chaque situation : soutien infirmier, consultations psychiatriques, psychothérapies, thérapie à médiation, psychomotricité, consultation familiale et conjugale, accompagnement social, action de réseau et de prévention.

L'hôpital de jour du Centre Montaigne propose une prise en charge intersectorielle, médicale et institutionnelle; qui se veut globale, collective et individualisée. Le travail de chaque professionnel dans la structure soutient un objectif commun d'évolution du patient dans les perspectives tant psychothérapeutiques que socio-thérapeutiques. Cette unité est ouverte du lundi au vendredi ; l'hospitalisation est de durée variable et peut se faire soit à temps plein, soit à temps partiel, en fonction des projets de soin du patient.

Antenne de psychiatrie de liaison aux urgences du CH de Rambouillet - Lits de crise

Tél : **01.34.83.79.90 / 01.34.83.78.78**

email : urgences-rambouillet@ch-charcot78.fr



L'antenne psychiatrique est une unité du secteur 78G16 implantée au sein du service des urgences de l'hôpital de Rambouillet. Elle propose une prise en charge psychiatrique 24h/24, (présence sur place de 7h30 à 21h30 et astreinte opérationnelle de 21h30 à 7h30). Ses missions consistent dans la gestion de situations urgentes ou de crises par une équipe spécialisée, avec une possible hospitalisation de courte durée sur les lits de crise. L'équipe a mission d'assurer la prise en charge psychiatrique des patients hospitalisés dans les services de l'hôpital de Rambouillet à la demande du médecin référent.

Unité d'hospitalisation PAVILLON JAUNE ETAGE

Plaisir



Tél : **01.30.81.86.70 / 01.30.81.86.72**



L'unité d'hospitalisation accueille, sur indication médicale, les personnes adultes qui, du fait d'une situation de crise ou de troubles psychiques intenses, nécessitent des soins attentifs et constants.

Une évaluation médicale de l'état clinique des personnes hospitalisées est effectuée régulièrement dans le souci de garantir le respect des droits de chacun, certaines personnes pouvant être soignées sans leur consentement, avec une restriction de liberté. Une équipe de réhabilitation psycho-sociale permet un travail spécifique pour les personnes en difficulté d'autonomie en lien avec leur maladie psychiatrique.

Annexe 7 :

	<p>Note de cadrage « Projet Managérial »</p> <p>MOS@14-15</p>	
Mise à jour : septembre 2014		Page 1/5

NOTE de CADRAGE	
<p>Résidence SAINT-RÉMY 66 chemin de la chapelle, 78470 Saint-Rémy-Lès-Chevreuse</p> <p>Nom : DORMIA CECILE</p> <p>Fonction : Responsable d'une équipe paramédicale et d'un pôle d'activités et de soins adaptés (Pasa)</p>	
Intitulé du projet	Développer et améliorer la prise en soin des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques vieillissants au sein de l'Ehpad
Responsable(s) du projet (validation des étapes)	Responsable paramédical / Directeur d'exploitation / Médecin Coordonnateur
Chef de projet ou équipe projet – Animation du projet	Responsable paramédical
Composition du groupe de travail (si existant) ou instances concernés ou personnes ressources	<p><u>Personnes impliquées</u> : musicothérapeute, art thérapeute , psychomotriciennes, ergothérapeute, psychologues, infirmiers, AS, médecin gériatre, responsable paramédical</p> <p>Un groupe de travail prévu avec les personnes impliquées.</p> <p><u>Personnes concernées</u> : Directrice, Surveillante Générale des Soins</p> <p><u>Personnes ressources</u> : - Dr Gomez (médecin coordonnateur) en tant qu'ancienne gériatre en psychogériatrie (La Vérière)</p> <p style="text-align: right;">- Clinique psychiatrique CLINEA (Télémédecine)</p>

Origine du projet / Argumentaire / Liens avec actions/projets en cours	<p>La résidence Saint-Rémy (340 lits) accueille des personnes âgées autonomes, semi-dépendantes et dépendantes. Le projet de vie et de soin est individualisé pour chaque résident. L'environnement et l'infrastructure permettent de prendre en soin les résidents tout au long de l'évolution de la dépendance. Une unité de grands dépendants accueille des personnes âgées nécessitant des soins médicaux importants. Pour la prise en charge des troubles démentiels, l'Ehpad dispose d'un Pasa, de deux unités protégées (UP) et d'une unité cognitivo-comportementale (UCC) sur la clinique gériatrique située sur le même site. Cette clinique gériatrique permet une hospitalisation en cas de nécessité.</p> <p>Le projet de développer l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiatriques vieillissants, autres que les processus démentiels, est né du constat que notre prise en charge n'est pas efficiente. Les politiques de santé ont beaucoup mis en avant la prise en charge de la maladie d'Alzheimer mais un travail reste à faire concernant la psychiatrie du sujet âgé. Des initiatives voient progressivement le jour dans ce domaine. Force est de constater que sur notre site nous avons aujourd'hui des résidents issus de la psychiatrie, stabilisés mais à risque de décompensation et qui, souvent, sont plus jeunes que les autres, pour lesquels nous avons peu de moyens. Nous aimerions donc réfléchir à une prise en charge plus adaptée. Pour ses résidents stabilisés issus de la psychiatrie mais à risque de décompensation.</p> <p>L'objectif est de construire un projet innovant à présenter à l'ARS.</p>
Périmètre du projet et population concernée	<p>Concerne la résidence Saint-Rémy et le réseau de santé mentale (secteur de Rambouillet).</p> <p><u>Population concernée</u> : résidents présentant des troubles psychiatriques hors syndrome démentiel, notamment des psychoses, troubles bipolaires et syndromes dépressifs majeurs.</p>
Objectif primaire	<p>Concerne la qualité des soins : améliorer la prise en soin des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques stabilisés avec risque de décompensation (démarche de prévention et parcours ressource clair).</p>
Objectif secondaire	<p>S'adapter aux besoins en suivant l'évolution sociétale.</p>
Contraintes	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de projet de prise en charge concernant la psychiatrie en Ehpad. Quelques projets innovants émergent. - Question du financement - Réticences / représentation de la psychiatrie

Ressources documentaires	<p><u>POLITIQUE DE SANTE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan psychiatrie et Santé mentale 2011- 2015 - Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) Volet Personnes Agées 13/9/2012 - SROS SANTE MENTALE <p><u>LIVRES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CLEMENT JP (2009), « Psychiatrie de la personne âgée », Paris, Flammarion Médecine et Sciences, 603p. <p><u>PRESSE :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le quotidien du médecin : EHPAD : de la difficulté de prendre en charge les pathologies mentales (3/10/2013) - L'Information Psychiatrique Volume 86, Numéro 1, 39-47, janvier 2010, Psychiatrie du sujet âgé : enjeux cliniques et institutionnels <p><u>RETOURS D'EXPERIENCES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Unité de psychiatrie en EHPAD : à propos d'une expérience novatrice » Pierre VANDEL, Valérie VALLAT Besançon (30ème congrès de la Société Française de Psychogériatrie de Langue Française) - « Expérience d'accueil en USLD de patients vieillissants issus de la psychiatrie » Amel NASFI, Neuilly-sur-Marne, (30ème congrès de la Société Française de Psychogériatrie de Langue Française) <p><u>RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recommandation ANESM : prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement, recommandation de bonnes pratiques professionnelles. Mai 2014 <p><u>ETUDES / MEMOIRES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnement sur les missions des EMS. Spécificités de la population de psychiatrie de l'âge avancé http://www.arpege-vd.ch/wp-content/uploads/2014/04/Etude-PAA-mars2014_Rapport-et-annexes.pdf - Module interprofessionnel de santé publique EHESP (2010) « Quelles articulations entre les prises en charge psychiatrique et médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ? » http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/mip/2010/groupe_2.pdf <p><u>RETOURS D'EXPERIENCES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - « Unité de psychiatrie en EHPAD : à propos d'une expérience novatrice » Pierre VANDEL, Valérie VALLAT Besançon (30ème congrès de la Société Française de Psychogériatrie de Langue Française) - « Expérience d'accueil en USLD de patients vieillissants issus de la psychiatrie » Amel NASFI, Neuilly-sur-Marne, (30ème congrès de la Société Française de Psychogériatrie de Langue Française)
---------------------------------	--



Modalités de travail Methodologie utilisée	Methodologie de la gestion de projet (définition des acteurs impliqués/concernés, étapes et échéances à l'aide d'un diagramme de Gantt) <u>Axes de travail :</u> - état des lieux (politique de santé, dans la résidence Saint-Rémy) - projet d'accompagnement en psychiatrie (mise en place d'ateliers thérapeutiques adaptés, parcours du résident) - analyse au niveau ressources humaines (formation, planning, réglementation), stratégique et financier
Echéance/Calendrier	Début du projet : juin 2014 Mise en place effective : rentrée 2015 <u>Étapes :</u> - Présentation du projet dans le cadre du dossier de candidature au M2 (juin 2014) - Directeur d'exploitation / Médecin Coordonnateur référent / surveillante générale : validation du projet - Recherche documentaire/littérature/congrès de psychogériatrie (juin à mi-septembre) - Présentation en réunion de staff de direction (22/09/14) – adjoints de direction - Groupe de travail et de réflexion : Quel acteur impliquer (lister pour mi-octobre) Mise en place d'un groupe de réflexion (3 réunions prévues : mi-novembre, mi-janvier et avril) - Contact le réseau EMSA-PSY (4/11/14) Personnes impliquées : musicothérapeute, art thérapeute, psychomotriciennes (Sophie et Laura), ergothérapeute (1), psychologues (2) infirmiers (Hélène et), AS (stéphanie et), maitresse de maison (1), medecins gériatre (2), responsable paramédical = 15 personnes Personnes concernées : Directrice, Surveillante Générale - Visite d'un Ehpad et de l'hôpital de jour de la Verrière (mi-décembre) - Contact Dr Omnes, psychiatre référent du secteur pour présentation du projet (janvier 2015) - Formation sur site par un intervenant extérieur (mi-mars) et mini-formation par les psychologues - Définir les modalités d'un groupe de parole/ supervision (avril 2015) - Courrier (ou réunion) aux psychiatres suivants les résidents pour explication de la démarche (mai 2015) - Objectif : mise en place d'un accueil (rentrée 2015) - Présentation à l'ARS

Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture d'un lieu d'ateliers thérapeutiques dédiés aux personnes âgées présentant des troubles psychiatriques (hors démence) en prévention du risque de décompensation et afin d'améliorer la prise en soin. - Définition du parcours et les personnes ressources dans la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques, en période de décompensation et en suivi régulier. <p>Formation du personnel.</p>
Modalités d'évaluation (indicateurs) /suivi	<p><u>A l'aide d'indicateurs</u> : nombre de résidents suivis, nombre de personnel formé</p> <p><u>A moyen terme</u> évaluation de l'impact sur la qualité de vie du résident : indicateur : nombre d'hospitalisation en psychiatrie, échelle de qualité de vie.</p>

Annexe 8 :

	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »	
Mise à jour : septembre 2013	Année universitaire 2014-2015	Page 1/2

Commanditaire	Direction de la Résidence Saint-Rémy
Nom du responsable du projet	Cécile DORMIA
Missions du responsable de projet	Développer l'accompagnement des résidents présentant des troubles psychiatriques (autres que démentiels) par : - mise en place d'un lieu d'ateliers thérapeutiques dédié - formalisation du parcours de soin pour les résidents en cas de décompensation. Mise en place de partenariats et/ou conventions.
Moyens alloués	Ressources de l'Ehpad en termes de locaux et de personnel. Ressources financières pour la formation (cf. service formation), télémédecine. Financement en vacation d'un temps de psychiatre ou de psychologue (supervision).
Modalités de reporting	Réunion avec la direction mi-octobre, mi-janvier, mi-mars. Reporting en réunion de staff de direction.
Durée	De septembre 2014 à la rentrée 2015

Documents de référence	<ul style="list-style-type: none">• Réseau promotion santé mentale Sud Yvelines www.rpms78.com• Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf• Module interprofessionnel de santé publique EHESP (2010) « Quelles articulations entre les prises en charge psychiatrique et médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ? » http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/mip/2010/groupe_2.pdf
Date :	Date :
Signature du commanditaire 	Signature du responsable de projet 

Annexe 10 :

Démarche de Benchmark

FICHE D'AIDE AU RECUEIL DES DONNEES

- **Structure :**
- **Date :**
- **Modalités (visite / entretien téléphonique / conférence...) :**
- **Fonction de la (ou des) personne(s) rencontrée(s) :**
- **Type de structure :**
 - **Statut :**
 - **Nombre de lits :**
 - **Population :**
- **Personnes présentes :**
- **Fonctionnement :**
 - **Professionnels :**
 - **Patients :**
 - **Organisation :**
 - **Nursing :**
 - **Soins :**
 - **Thérapeutiques non médicamenteuses (types d'ateliers, fonctionnement...) :**
 - **Temps d'échanges, supervision :**
- **Points forts exprimés :**
- **Points faibles exprimés :**
- **Quels sont, selon vous, les éléments importants à prendre en compte lorsque l'on s'adresse à une population de personnes âgées au profil psychiatrique ?**
- **Quels seraient vos recommandations par rapport à notre projet ?**
- **Visite de la structure**
- **Compte-rendu des échanges :**

Annexe 10.1 :

Démarche de Benchmark

EHPAD MAISON BLANCHE

- **Structure :** Ehpads Maison Blanche à Beaucourt (90)
- **Date :** 11/09/14
- **Modalités (visite / entretien téléphonique / conférence...)** : 30^{ème} congrès de la société de psychogériatrie de langue française 10 au 12/09/14 à Besançon
intervention : « Unité de psychiatrie en Ehpads : à propos d'une expérience novatrice »
Pierre Vandell, Valérie VALLAT
site internet consultés : http://www.fep.asso.fr/articles/un-partenariat-en-faveur-des-personnes-agees-souffrant-de-pathologies-psychiatriques/www.ahfc.fr/.../presse/CP20130530_Convention_Maison_Blanche_AHF
- **Type de structure :**
 - **Statut juridique :** Ehpads de la fondation Arc-en-ciel. Reconnue d'utilité publique, la Fondation conduit une mission à but non lucratif.
 - **Nombre de lits / unités :** 203 places réparties en 7 unités : 4 unités protégées, 2 unités pour handicapés vieillissants et une unité pour psychiatriques vieillissants de 14 lits (ouverture en septembre 2012 après des travaux d'aménagement) + 1 AJ
 - **Population :** personnes âgées seules ou en couples, valides, semi-dépendants ou psychodépendants. Dans l'unité dédiée à la psychiatrie : personnes âgées de + de 65 ans avec des pathologies psychiatriques stabilisées avec un risque de décompensation important (commission d'admission)
- **Fonctionnement :**

Partenariat entre l'AHFC (Association Hospitalière de Franche-Comté) et l'Ehpads Maison Blanche afin d'éviter les ruptures de prise en charge. Mise en avant de l'inadéquation entre le fonctionnement des établissements et la particularité des troubles psychiatriques dans la population âgée.

 - **Professionnels :** moyen de l'Ehpads + pour l'unité de psycho-gériatrie un infirmier 7 jours/7 et une journée de psychiatre (moyen mutualisé par l'AHFC)
 - **Patients :** pathologies psychiatriques stabilisées avec un risque de décompensation important
- **autres éléments :**

Programme soutenu par l'ARS Franche-Comté
Unité intermédiaire entre un service de psychiatrie aiguë et un Ehpads classique.
L'admission de personnes âgées dans cette unité n'obère pas leur orientation, si

l'évolution de leur état le permet, vers une unité de vie classique.

Formation du personnel assuré par l'AHFC (convention).

Projet de vie et de soins personnalisé.

Le partenariat avec la structure sanitaire a permis ce projet novateur (convention)

Annexe 10.2 :

Démarche de Benchmark

EHPAD BEAU SITE

- **Structure :** Résidence Beau Site, Marseille (Ehpad)
- **Date :** 13/11/14
- **Modalités (visite / entretien téléphonique / conférence...)** : entretien téléphonique
- **Fonction de la personne rencontrée :** Directrice de l'établissement
- **Type de structure :**
 - **Statut juridique :** Ehpad privé à but lucratif
 - **Nombre de lits / unités :** 120 lits, 1 UP, AJ 7 places + une unité de vie pour des patients psychiatriques âgés de 32 lits
 - **Population :** gériatrie, géronto psychiatrie
- **Fonctionnement :**

L'unité de vie pour les personnes psychiatriques âgés a ouvert en 2011. La volonté a été de rassembler les résidents avec ce profil sur une même unité. Des locaux étaient disponibles (une annexe), ils ont été aménagés afin de créer l'unité. Les résidents de l'Ehpad relevant de la psychiatrie ont ensuite déménagés.

 - **Professionnels :** sur l'unité de 32 lits : 2 vacations de psychiatres/semaine, une infirmière et une animatrice dédiée + moyens de l'Ehpad
 - **Patients :** 32 résidents de + de 60 ans avec 2 dérogations d'âge.
 - **Organisation :**
 - **Nursing :** moins de soins que dans l'Ehpad car les résidents sont plus autonomes et mobiles. Par contre, davantage de besoin pour l'entretien des locaux
 - **Soins :** les entrées se font par le biais du réseau, avec les cliniques psychiatriques avec lesquelles l'Ehpad travaille ainsi qu'un hôpital psychiatrique. L'accueil se fait souvent en post-cure après une visite des lieux avec une assistante sociale. « *Le projet personnalisé fonctionne depuis longtemps en psychiatrie* ». En contre partie le réseau est présent et répond en cas de difficulté de prise en charge rencontrées dans l'Ehpad.
L'équipe du CMP vient 1*/mois
2 psychiatres interviennent : une vacation/sem chacun.
Leur rôle concerne les suivis des patients et l'encadrement de l'équipe

- **Thérapeutiques non médicamenteuses (types d'ateliers, fonctionnement...) :**

L'animatrice de l'unité est en charge des activités (budget animation de l'Ehpad). Le planning est fixe. Exemples d'animations proposées : faire les courses, sortie au bar pour voir un match de foot, cuisine...

➤ **Temps d'échanges, supervision :** assuré par les psychiatries une à deux fois par semaine en fonction des besoins

- **Points forts exprimés :** la gestion est facilitée du fait que ce soit une unité de vie spécifique pour le sujet âgé. L'organisation et le fonctionnement de l'unité est liée au profil des résidents.
Le temps de psychiatre est indispensable. L'Ehpad entretient de bonnes relations avec la psychiatrie de secteur. L'unité a un taux d'occupation complet.
- **Points faibles exprimés :** le principal frein concerne le financement. Pas de financement spécifique pour cette unité et pas de dotation particulière. Une initiative isolée qui interroge sur le statut et la reconnaissance des sujets âgés issus de la psychiatrie.
+ des impayés. Les résidents relèvent pour la plupart de l'aide sociale.
- **Quels sont, selon vous, les éléments importants à prendre en compte lorsque l'on s'adresse à une population de personnes âgées au profil psychiatrique ?**
Il faut réfléchir au cadre, tel qu'il peut être imposé en psychiatrie (notion de contrat), et à la notion d'accompagnement et de respect du choix des personnes sur lesquelles nous nous appuyons beaucoup en Ehpad.
- **Quels seraient vos recommandations par rapport à notre projet ?**
 - 1- « trouver un bon psychiatre »
 - 2- aller voir ce qui est fait, notamment en terme d'activité à l'hôpital. « *Le cadre et le fonctionnement diffèrent de celui dont nous avons l'habitude en Ehpad* »
 - 3- envoyer l'équipe en milieu psychiatrique
- **Compte-rendu des échanges :**
« *projet intéressant si nous accueillons déjà ce type de résident dans l'Ehpad* ». Madame la directrice semble voir une difficulté supplémentaire au fait qu'il n'y ait pas d'unité dédiée mais que les résidents soient « mélangés » aux autres.
Question de la stigmatisation sous-jacente.

Annexe 10.3 :

Démarche de Benchmark

UNITE DE PSYCHIATRIE DU SUJET AGEÉ -INSTITUT MARCEL RIVIERE

- **Structure** : unité de psychiatrie du sujet âgée de l'Institut Marcel Rivière (La Verrière 78)
- **Date** : 21/01/15
- **Modalités (visite / entretien téléphonique / conférence...)** : visite / entretien
- **Fonction de(s) personne(s) rencontrée(s)** : Cadre de santé et l'équipe de l'unité (3 infirmières + 1 stagiaire infirmière et 3 Aides-Soignantes)
- **Type de structure** :
 - **Statut juridique** : établissement privé mutualiste participant au service public, spécialisée en santé mentale / intersecteur Sud Yvelines
 - **Nombre de lits / unités** : 15 lits et 5 places d'hôpital de jour
 - **Population** : psychiatrie du sujet âgée
- **Personnes présentes de l'Ehpad** : responsable paramédical, infirmier, art thérapeute et adjointe de direction
- **Fonctionnement** :

Unité aiguë de psychiatrie du sujet âgé, accueillant en court séjour des patients âgées, avec une contre-indication en cas de démence avérée.
Mission d'évaluation (sociale, corporelle, neuropsychologique...) et d'orientation.
Consultation de pré-admission à l'institut avant toute entrée.

 - **Professionnels** : dans l'unité 7 infirmières, 5 aides-soignantes , 1 etp de psychiatrie, 0,5 etp de gériatre + 0,40 assistante-sociale. Intervention d'une équipe transversale sur l'institut composée de : kinésithérapeute, ergothérapeute, ergothérapeute, psychomotricien et psychologue.
 - **Patients** : 15 patients de + de 65 ans (moyenne d'âge à 80 ans). Le jour de la visite, majoritairement des femmes et des syndromes dépressifs. DMS de 4 à 6 semaines, parfois plus si ils ne trouvent pas de structure accueillant le patient.
 - **Organisation** :
 - **Nursing** : les journées sont rythmées par les différents temps (toilette, repas, ateliers) mais nos interlocuteurs font part d'une certaine souplesse. « Unrespect du rythme de la personne et de sa dynamique de vie » semble être favorisée dans cette unité.
 - **Soins** : échange autour de la notion de cadre. Celui-ci est dit très important dans les moments de crise mais non forcément strict par ailleurs, ce qui semble coïncider avec le type d'accompagnement proposé

- en Ehpad. Les repas sont pris avec le personnel soignant.
- **Thérapeutiques non médicamenteuses (types d'ateliers, fonctionnement...)** : plusieurs ateliers thérapeutiques sont proposées, sur prescription médicale, selon un programme fixe : « atelier soignant/soigné » (échange avec l'ensemble des résidents autour de problématiques collectives), « photo-langage » (psychologue et un soignant), « médiation corporelle » (psychomotricienne et un soignant). Les infirmiers et aides-soignantes proposent des ateliers dits « à visées socio-thérapeutiques » : esthétique, TV, « ça se discute », chant... Les ateliers de groupe sont encadrés par deux personnes.

➤ **Temps d'échanges, supervision** : réunion clinique : 2h/sem (synthèse sur les patients), réunion d'équipe : 1h/sem, temps d'échange avec une psychologue hors de l'unité : 1 fois/mois

- **Quels sont, selon vous, les éléments importants à prendre en compte lorsque l'on s'adresse à une population de personnes âgées au profil psychiatrique ?**
Respect du rythme de la personne. Prendre en compte la personne et non ses symptômes.
- **Quels seraient vos recommandations par rapport à notre projet ?**
L'important semble être tout d'abord l'aspect formation afin de connaître les bases concernant la psychiatrie.
Puis, accompagner la personne dans son individualité, avec ses troubles au sein de l'Ehpad. La mise en place d'ateliers spécifiques semblent stigmatisant. Réfléchir au cas par cas et adapter la prise en charge aux besoins de la personne.
- **Compte-rendu des échanges :**
L'essentiel semble être de « prendre en compte la personne et non sa maladie » Le soin doit être individualisé et « l'importance de la relation soignant-soigné » a été largement mis en avant.

« Il n'y a pas que les symptômes, le comportement de la personne est à prendre en compte. Nous avons également un rôle éducatif ». Utiliser les ressources des soignants et des patients dans la mise en place d'un projet personnalisé.

Il faut éviter la stigmatisation des personnes présentant des troubles psychiatriques. « Elles profitent du rythme et du cadre offert par l'institution et ont besoin de nouer des relations sociales, même si elles paraissent parfois se mettre à la marge. Il faut accepter ce comportement ».

Annexe 10.4 :

Démarche de Benchmark

RESIDENCE LEOPOLD BELLAN

- **Structure :** Résidence Léopold Bellan (78)
- Date : 6/03/2015
- Modalités (visite / entretien téléphonique / conférence...) : visite et entretien sur site
- Fonction de la (ou des) personne(s) rencontrée(s) : directrice adjointe, médecin gériatre, psychomotricienne, musicothérapeute
- **Type de structure :**
 - **Statut :** privé à but non lucratif
 - **Nombre de lits :** 102 lits (40 FAM, 60 EHPAD)
 - **Population :** gériatrie, psychogériatrie, psychiatrie (schizophrénies, psychoses infantiles vieilles, troubles bipolaires, dépression)
- **Personnes présentes de l'Ehpad :** médecin gériatre coordonnateur, responsable paramédical, surveillante générale, psychomotricienne, infirmière, musicothérapeute
- **Fonctionnement :** 1 foyer d'accueil médicalisé (Fam) pour les maladies mentales + 1 établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Administrativement 2 structures mais locaux commun (hormis les chambres). Pas de cloisonnement.
 - **Professionnels :**

1 ETP de psychiatrie (baisse de 90% du nombre d'hospitalisation / séjours de ruptures maintenus), 1,5 ETP de Gériatre, 1,5 ETP psychomotricien, 1 ETP musicothérapeute, 0,20 ETP psychologue, 2 ETP kinésithérapeute, 1 ETP arthérapeute + 3 éducateurs et 3 moniteur-éducateur sur le Fam + personnel soignant
 - **Patients :**

transformation de lits d'Ehpad en Fam en 2005. Les résidents ont de 48 ans à 87 ans. Les résidents accueillis ont eu des hospitalisations répétées tout au long de leur vie et pour certains en continu. L'âge moyen est de 76 ans.
 - **Organisation :** dépend du secteur 2 (secteur mantois) mais intègre des résidents plutôt au niveau de la proximité géographique. Moyens du « soin » avec l'Ehpad et du socio-éducatif avec le Fam
 - **Soins :** infirmiers intéressés par la psychiatrie, formation interne par le psychiatre. Entretiens infirmiers formels et informels (en fonction de la demande des résidents)
 - **Thérapeutiques non médicamenteuses (types d'ateliers, fonctionnement...) :** psychomotriciennes : individuel et groupe (repas thérapeutique, danse, théâtre, relaxation, équilibre); musicothérapeute : groupe et individuel; co-thérapies

(musicothérapeute/psychomotricien : percussion corporelle;
musicothérapie/éducateur; psychomotricienne/monitrice;
psychomotricienne/art thérapeute : argile/plasticine;
psychomotricienne/animateur

- **Points forts exprimés** : Temps de psychiatre. Partage des mêmes lieux de vie. Pas de rejet des personnes psychiatriques par les résidents de l'Ehpad. Les ateliers et animations proposées s'adressent aux deux profils.
- **Points faibles exprimés** : changement de psychiatre sur la consultation de liaison fréquent. Prise en charge sur l'UP à améliorer. Réflexion sur la création d'un Pasa en cours.
- **Quels sont, selon vous, les éléments importants à prendre en compte lorsque l'on s'adresse à une population de personnes âgées au profil psychiatrique ?** La maladie psychiatrique n'est pas prendre en charge en Ehpad. Peut être envisageable si stabilisé, enkisté. Rôle du psychiatre.
- **Quels seraient vos recommandations par rapport à notre projet ?**
Utilisation de la consultation de liaison en cas de difficulté. Passer des contrats avec le secteur pour les résidents au profil psychiatrique dès l'admission. Prise en charge au sein de la structure globale plutôt qu'une unité de vie spécifique.
- **Visite de la structure**

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes
MTMOS@14-15**

TITRE DU MEMOIRE

Améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques en Ehpad

AUTEUR

Cécile DORMIA

MOTS-CLES

Ehpad, troubles psychiatriques, réseau, ateliers thérapeutiques, GPMC, accompagnement au changement.

KEYWORDS

Retirement home, psychiatric illness, network, therapeutics workshops, skills development, supporting change

RESUME

Ce projet managérial concerne les troubles psychiatriques en Ehpad, dans le contexte actuel de vieillissement de la population (23,4 % de la population a plus de 60 ans, cette proportion s'élèvera à 31,9% en 2050), d'augmentation de la dépendance (augmentation de 50% entre 2000 et 2040) et de décloisonnement du sanitaire, social et médico-social.

Le projet consiste, à partir d'une analyse des besoins, à améliorer l'accompagnement des résidents avec des troubles psychiatriques stabilisés mais à risque de décompensation, afin d'éviter les ruptures dans les parcours de soin. Pour ce faire, trois volets sont mobilisés.

Le premier concerne une réflexion sur les pratiques, à partir de visites de structures, et sur la mise place d'ateliers thérapeutiques, sous supervision. Le questionnement éthique de la stigmatisation est posé.

Le second concerne le renforcement des liens avec le réseau de psychiatrie (secteur 78G16). Le réseau ressource pour l'Ehpad en cas de décompensation d'un résident est modélisé.

Le troisième volet concerne les ressources humaines. La formation, levier à l'amélioration des savoir-faire et compétences, est développée. Il s'agit pour le cadre d'accompagner les professionnels dans l'évolution des pratiques et la conduite de changement.

Une réflexion stratégique et économique sur l'évolution des Ehpad à moyen, long terme est sous tendue, les Ehpad devant évoluer et innover afin de maintenir leur attractivité sur le marché.

ABSTRACT

This managerial project concern the care of people with psychiatric issues in a retirement home. The context shows an ageing population (23,4 % of the population is more than 60 years old, this proportion is going to rise until 31,9% in 2050) and growing dependence (it should be increased by 50% between 2000 et 2040). Moreover, the authorities try to generate links between hospital and social institutions.

The project, based on a needs analysis, is to develop the support of people with psychiatric issues, who are stabilized with a risk of decompensation. The purpose is to avoid interruptions in care pathway. For that, we do three actions.

The first one is a reflexion about our practice, from benchmark process, and about workshops set up, under supervision. The ethical issue of stigmatisation is develop.

The second one concerns the strengthening of ties with community psychiatry (territory 78G16). We create a model for the retirement home with psychiatric institutions, in case of decompensation.

The last one involves human resources, training will be developed. The position of health manager will be to support change.

This project also concerns the evolution of retirement home in the field, so as to maintain their attractiveness on the market.