



HAL
open science

Vécu et attente dans la prise en charge des patients psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère : regards pluridisciplinaires de soignants

Boris Aloui

► **To cite this version:**

Boris Aloui. Vécu et attente dans la prise en charge des patients psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère : regards pluridisciplinaires de soignants. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02420655

HAL Id: dumas-02420655

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02420655>

Submitted on 20 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE**

Année : 2018

**VECU ET ATTENTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS
PSYCHOTIQUES VIEILLISSANTS EN EHPAD EN ISERE : REGARDS
PLURIDISCIPLINAIRES DE SOIGNANTS**

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Boris ALOUI

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 15/11/2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Membres :

Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN

Madame le Professeur Virginie SCOLAN

Madame le Docteur Anne CLAUSTRE

Madame le Docteur Lora COHEN (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Mircea POLOSAN, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail de thèse et d'avoir accepté de juger mon travail.

A Madame le Professeur Virginie SCOLAN, je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury et d'avoir pris le temps de lire mon travail.

A Madame le Docteur Anne CLAUSTRE, je vous remercie pour tous les conseils prodigués durant ce travail de thèse et d'être juge à la soutenance de thèse. Je vous remercie également pour les connaissances apprises à vos côtés durant mon internat. Au plaisir de travailler à nouveau avec vous.

A Madame le Docteur Lora COHEN, tu m'as fait l'honneur d'accepter d'encadrer ce travail. Je te remercie pour tes précieux conseils et ta disponibilité. Je te suis également reconnaissant pour ton partage du goût de la Psychiatrie du Sujet Âgé, je serai heureux de travailler à tes côtés durant l'assistantat.

Aux professionnels ayant participé à cette étude, je vous remercie de l'intérêt que vous y avez porté.

A mes parents, sans lesquels je n'aurai jamais pu parcourir tout ce chemin,

A ma mère ayant nourri ma curiosité d'enfant sans jamais défaillir,

A mon père pour m'avoir transmis tes valeurs et pour ton soutien indéfectible.

A la famille Ecalle,

Ma seconde famille m'ayant accueilli si chaleureusement. Je vous remercie pour ces temps précieux passés à vos côtés. La distance nous éloigne mais les sentiments restent.

A Marie-Pierre,

Pour ton soutien permanent et ta bonté. Merci aussi pour ces WE reposants auprès d'un feu de bois d'été ou d'hiver.

Aux Foossas,

Petite teigne, Corsounet, Romanus, Mathilde, Claire la louche, René & The lezard.

Que de bons moments passés ensemble !

Céline et Matt nous avons parcouru un bout de chemin depuis la seconde, Céline avec tes chaussette dépareillées, Matt avec ta virilité (..), j'espère que cette belle amitié perdurera.

Romanus, te résumer à un ami d'ébriété serait faux, bien que ce soit à travers ce talent que nous nous sommes initialement accordés ! Tu es toujours présent et plein d'énergie, c'est un plaisir de t'avoir comme ami.

Mathilde, merci de canaliser ce cher Romanus ! Ton sourire n'a d'égal que ta gaucherie et nos instants passés ensemble ont toujours été géniaux.

Aux bro', la plus belle bande de dégénérés que la terre eut accordé,

Quelle difficulté de vous écrire des remerciements dans un langage courtois et châtié !

Némo, très cher péquenaud à la bonne mine, puissions-nous encore partager quelques pintes, parler de politique et taper du pied encore de longues années.

Coma, vieille crapule, tu m'auras appris à surveiller mes arrières et j'espère devoir le faire encore longtemps.

Badoux, grand hippie, j'adore ta philosophie de vie, avec toi un échange de regard suffit à de longs discours !

A celui dont la bienséance fait taire le nom, nodocéphale orchidoclaste !

A Dhondt,

Nos entrevues sont souvent courtes mais intenses, nul besoin de mesurer l'amitié au temps passé ensemble !

A Eve et Cécile, merci pour m'avoir supporté durant l'externat et surtout pendant les sous-confs. Vos interminables monologues me manquent...

A Gaston et Laura, avec vous le mot « chill » prend tout son sens (oui je sais Gaston tu vas me mépriser) ... A quand un nouveau WE ?

A Solène et Sophie,

Jess a de la chance de vous avoir comme amies, et par extension moi aussi !

Aux BB psy,

Une superbe promotion d'internes, je vous souhaite à tous la réussite et bien que l'internat se termine, il n'est pas question de se perdre de vue.

A Jessica & Vicomte De la Fente, Mylène & Jean-Seb, Lady La Poire et Nath',
merci de m'avoir accueilli dans votre belle bande de potes.

A Agathe (la blatte), Aline, Bibitte, Lison (tu skin ?), Justin, Maxime (la palme de la plus belle crasse de l'internat), Basset, Pierre et Cécile,

A toutes les équipes professionnelles m'ayant si bien accueilli, toléré ma grande ponctualité et transmis leurs connaissances,

Et à tous ceux que j'ai pu oublier et qui passent sur ce drôle de chemin...

Mention spéciale :

A GroKosto,

Si je devais définir notre collaboration je dirais qu'elle fut soyeuse et nacrée... Je ne te remercierai jamais assez pour ton aide, tu sais que tu peux compter sur moi autant pour ta thèse qu'en tant qu'ami.

A Jess,

Pour ta présence inconditionnelle à mes côtés, d'autres diront sûrement aussi pour ta patience ! Tant de choses se sont passées en 5 ans et ce ne sont pas les projets qui manquent, les mots sont inutiles pour t'exprimer mes sentiments...

Boris ALOUI

VECU ET ATTENTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS
PSYCHOTIQUES VIEILLISSANTS EN EHPAD EN ISERE : REGARDS
PLURIDISCIPLINAIRES DE SOIGNANTS

INTRODUCTION : Depuis plusieurs années les résidents psychotiques vieillissants sont accueillis en EHPAD. Différents professionnels, certains non formés à la psychiatrie interviennent dans leur prise en charge. L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu et les attentes de ces professionnels intervenant auprès de ces résidents en Isère.

MATERIELS ET METHODES : Cette étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès d'un échantillon raisonné de différentes catégories professionnelles entre juillet et août 2018. L'analyse des résultats préliminaires est inspirée de la théorisation ancrée.

RESULTATS : L'analyse des six premiers entretiens (2 médecins coordonnateurs, 2 psychiatres et 2 infirmiers) a mis en évidence deux pistes de réflexion. Les professionnels ont majoritairement un vécu négatif (manque de temps, de personnel, de formation, et mauvaise articulation avec la psychiatrie de secteur). Des solutions sont cependant déjà mises en place ou envisagées principalement via un travail de réseau efficient.

CONCLUSION : La poursuite de ce travail permettra de mieux déterminer l'expérience actuelle de ces professionnels grâce notamment au point de vue des catégories professionnelles non encore étudiées (médecin traitant, psychologue et aide-soignant).

MOTS CLÉS : [Psychotique vieillissant ; EHPAD ; Prise en charge ; Vécu]

FILIÈRE : Psychiatrie

Boris ALOUI

EXPERIENCE AND EXPECTATIONS IN THE MANAGEMENT OF ELDERLY
PSYCHOTIC PATIENTS IN EHPAD IN ISERE : MULTIDISCIPLINARY VIEW OF
CAREGIVERS

INTRODUCTION: For several years, elderly psychotic residents have been received in EHPAD. Various professionals, not all trained in psychiatric cares, are involved in their care. The main objective of this study was to explore experiences and expectations of these professionals in Isère.

MATERIALS AND METHODS: This qualitative study, consisting in individual semi-directed interviews, was conducted with a sample of different professional categories between July and August 2018. The analysis of the preliminary results is inspired by the « grounded theory method ».

RESULTS: The analysis of the first six interviews (two coordinator doctors, two psychiatrists and two nurses) highlighted two types of considerations. The professionals have mainly a negative experience about taking care of elderly psychotic residents (due to a lack of time, staff and training, and a poor cooperation with public mental health system). However, some solutions have already been developed or planned thanks to an efficient working network.

CONCLUSION: The rest of this work, with especially the point of view of other professional categories not yet studied (general practitioner, psychologist and auxiliary nurse), will help to improve the knowledge about the experience in taking care of elderly psychotic resident.

KEYWORDS : [Elderly psychotic, EHPAD, care, experience]

PATHWAY : Psychiatry

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CMP : Centre Médico-Psychologique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMPSA : Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Âgé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MC : Médecin Coordonnateur

PDTV : Pôle Drac-Trièves-Vercors

PGG : Pôle Grenoble-Grésivaudan

Psy : Psychiatre

PV : Psychotique Vieillissant

UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou
Handicapés Psychiques

VAD : Visite à domicile

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	15
1.1	Cadre historique et législatif	15
1.2	Handicap psychique et vieillissement	17
1.3	Les psychotiques vieillissants	18
1.4	Schizophrénie et avancée en âge	20
1.4.1	Epidémiologie	20
1.4.2	Lieux de vie	22
1.4.3	Modalités évolutives du processus psychotique.....	22
1.4.4	Troubles cognitifs et maladie neurodégénérative	23
1.4.5	Vieillesse et comorbidités	25
1.4.6	Prise en charge de la schizophrénie vieillissante	27
1.5	Offre de soins en Psychiatrie de la personne âgée	30
1.5.1	Théorique en France.....	30
1.5.2	Actuelle en Isère	31
1.6	Conclusion	33
2	MATERIELS ET METHODES	34
2.1	Equipe de recherche.....	34
2.2	Choix de la méthode.....	34
2.3	Inclusion et recrutement.....	36
2.4	Déroulement de l'étude	37
2.5	Analyse	38
2.5.1	Codification.....	38
2.5.2	Catégorisation	39
2.5.3	Mise en relation, théorisation et intégration.....	39
2.6	Ethique	39
2.7	Validité de l'enquête	40
3	RESULTATS.....	41
3.1	Caractéristiques et analyse de la population étudiée.....	41
3.2	Analyse qualitative	43
3.2.1	Un ressenti général négatif des soignants concernant la prise en charge.....	43
3.2.2	Des solutions déjà mises en place ou envisagées dans certains EHPAD.....	61
4	DISCUSSION.....	72

4.1	Synthèse et critique des résultats qualitatifs	72
4.2	Forces et limites de l'étude	76
4.2.1	Méthode.....	76
4.2.2	Echantillon.....	77
4.2.3	Recueil de données	78
4.2.4	Analyse	79
4.3	Implications pratiques.....	79
5	CONCLUSION	81
6	BIBLIOGRAPHIE	82
7	ANNEXES	91
7.1	Guide d'entretien	91
7.2	Guide d'entretien n°2.....	93
7.3	Courriel d'invitation.....	95
7.4	Formulaire d'information et d'opposition	97
7.5	Liste des catégories	100
7.6	Déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR003	107

1 INTRODUCTION

1.1 Cadre historique et législatif

La circulaire ministérielle du 15 mars 1960¹ instaura la mise en place d'une politique de secteur en psychiatrie. Trois axes structuraient la sectorisation selon *Eyraud et Velpry* (1) : « le souci de déployer la thérapeutique psychiatrique dans le milieu ordinaire des malades, celui d'intervenir non seulement sur la personne du malade mais aussi sur son environnement et sur les membres qui le composent ; enfin la volonté de limiter le rôle de l'hôpital à des temps limités pour gérer des temps de crise. ».

La sectorisation annonça le début d'un mouvement de désinstitutionalisation majeure en France. Entre 1970 et 1990 ce sont environ 88 000 lits de psychiatrie qui ont été fermés et la durée moyenne de séjour hospitalier passa de 250 à 57 jours (2). De plus ce mouvement s'accompagna d'une réorganisation du système de soins psychiatriques avec la création de structures d'accueil ou de séjour, dans une alternative à l'hospitalisation, voire de lieux de vie tels que les maisons de retraite (3).

C'est ainsi que par la désinstitutionalisation, le réseau sanitaire et social devînt de plus en plus confronté aux personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, tels que les psychotiques dits « chroniques ». En 1993 *Bergman et al.* questionnaient déjà leurs confrères psychiatres, sur le sens de quitter l'hôpital pour une maison de retraite pour des patients schizophrènes hospitalisés depuis de nombreuses années,

¹ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales non parue au journal officiel.

ou encore sur la continuité des soins psychiatriques aux psychotiques après cette sortie (4).

A partir de 1993, les maisons de retraite ont fait place aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), ce changement de dénomination correspond à une restructuration des conditions d'hébergement définies comme lieu de vie et offre de soin destinée à des personnes âgées en perte d'autonomie (5). L'EHPAD est une structure pour personnes âgées dont l'objectif est de faire face à une autonomie fragilisée ou altérée, et qui propose une réponse à la dépendance. Ce type de structure est prévu pour accueillir des personnes à partir de soixante ans ayant besoin d'une aide ou d'une stimulation quotidienne pour les gestes usuels de la vie quotidienne et pouvant nécessiter des soins réguliers (6). Des dérogations pour entrer en EHPAD avant soixante ans sont possibles. Elles peuvent notamment être accordées aux personnes en situation de handicap par le Conseil départemental et avec l'accord de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Les EHPAD, privées ou publiques, ont des capacités d'accueil variables d'une structure à une autre, les moyens en personnel ou en activités sont également très différents. Ces EHPAD prennent en charge désormais de plus en plus de résidents dépendants physiquement et psychiquement avec un âge moyen d'entrée en institution s'élevant d'année en année. L'enquête française EHPA 2015 publiée en 2017 recensaient 585 560 résidents en EHPAD avec une moyenne d'âge de 85 ans (7).

La vieillesse est un paramètre subjectif et il n'y a pas de consensus concernant son âge seuil, la gériatrie fixe cet âge à 75 ans², l'Organisation Mondiale de la Santé

² Selon le Conseil National Professionnel de Gériatrie.

à 65 ans. Cependant cet âge seuil est dépendant de la vulnérabilité des individus et de leur capacité d'adaptation (8), les patients présentant une pathologie psychiatrique chronique semblent alors plus sensibles que les sujets sains vis-à-vis de l'avancée en âge. Ainsi, l'âge de soixante ans est souvent retenu comme âge à partir duquel les patients psychotiques vieillissants seraient transférés ou accueillis en EHPAD (3,9,10). Ils seraient de ce fait victime d'une double stigmatisation (11). D'une part celle liée aux représentations sociales négatives concernant l'avancée en âge des psychotiques vieillissants et les handicaps s'accumulant. D'autre part cette discrimination concernerait « 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, du personnel qui déclare : « Nous ne sommes pas compétents, pas formés, nous n'entendons rien à la psychiatrie ! » »(3).

1.2 Handicap psychique et vieillissement

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 introduit la notion de « handicap psychique » (12). L'article 2 définit un handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

De fait les patients psychotiques vieillissants en entrant en EHPAD acquièrent le statut de résidents handicapés psychiques vieillissants (9).

Cependant, *Jovelet* rappelle que les différents rapports sur le vieillissement des personnes handicapées ne laissent que peu de place aux personnes handicapées

psychiques, il situe ainsi les psychotiques vieillissants dans une posture « d'entre-deux », sortis de la psychiatrie et mal-intégré au secteur médico-social et au monde fermé du handicap (10). Ces propos peuvent être illustrés par le Rapport *Gohet* commandé par le ministre de la santé en 2013 et intitulé « l'avancée en âge des personnes handicapées »(13). Le handicap psychique ne représente qu'une portion infime de ce rapport et le rôle de la psychiatrie se cantonne à des soins en cas de difficultés aiguës. Parmi les propositions, il est également préconisé la formation des professionnels notamment en EHPAD et la mise en place d'un partenariat entre la psychiatrie et la gériatrie à travers la coordination des équipes mobiles des deux secteurs.

Enfin l'Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapés Psychiques (UNAFAM), a déjà pu évoquer les craintes que pouvaient avoir les directions et personnels lors de l'accueil de cette population dans leurs structures, de peur de déstabiliser d'autres résidents déjà fragilisés par un handicap lié au vieillissement. Il était alors proposé de n'accueillir les personnes handicapées psychiques vieillissantes qu'en petit nombre (moins de 5%) ou encore de leur créer dans l'EHPAD un lieu propre (14).

1.3 Les psychotiques vieillissants

Il n'existe pas de définition consensuelle concernant les psychotiques vieillissants dans la littérature, il s'agit d'un groupe mal identifié, mal délimité. Le terme « psychose » est devenu un terme générique et non un diagnostic en soi. Afin de permettre une délimitation des pathologies à inclure dans la population des psychotiques vieillissants, il est intéressant d'opposer les délires chroniques vieillissants aux délires d'apparition tardive (15).

De ce fait la schizophrénie et le trouble schizo-affectif sont au premier plan devant les délires chroniques non schizophréniques tels que les délires paranoïaques, la paraphrénie et la psychose hallucinatoire chronique, spécificité française plus connue chez les anglo-saxons sous le nom de schizophrénie tardive. Ces deux dernières pathologies apparaissent plus tardivement.

De plus, et de manière ambiguë, le trouble bipolaire est très souvent rapporté au sein des psychotiques vieillissants (16), à cause de son ancienne dénomination de psychose maniaco-dépressive. Ainsi « dans les unités, le terme « vieux psychotique » est facilement utilisé lorsqu'on parle de schizophrènes, de « délirants chroniques » ou de maniaco-dépressifs » (10). Enfin, dans les EHPAD, cette ambiguïté est probablement véhiculée aux médecins coordonnateurs par le modèle PATHOS. Ce modèle sert à évaluer à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile. En 2017, un nouveau guide d'utilisation du modèle PATHOS est publié, il regroupe dans une même catégorie les psychoses, délires et hallucinations. Les psychoses sont définies comme « tous les états psychotiques (schizophrénie, paranoïas, psychose hallucinatoire chronique, psychose maniaco-dépressive) » (17).

Les articles scientifiques abordant la question de l'avancée en âge des différentes psychoses sont rares et concernent avant tout l'existence d'altérations cognitives au cours de l'évolution. La schizophrénie étant la plus fréquente et la plus étudiée des psychoses, elle illustrera un exemple de trajectoire dans le grand âge des psychoses selon une brève revue de la littérature.

1.4 Schizophrénie et avancée en âge

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique. Elle se déclare généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. En 2007, *Vahia et al.* s'étonnait qu'alors que près d'une personne sur sept atteint de schizophrénie aux USA était âgée de 65 ans ou plus, et que le nombre de sujets âgés avec une schizophrénie allait croître considérablement dans les prochaines années, 1 % seulement de la littérature s'intéressant à la schizophrénie était dédiée aux questions en lien avec l'avancée en âge (18). En 2018, on ne dispose toujours que de très peu de données épidémiologiques et cliniques sur les patients âgés souffrant de schizophrénie bien qu'ils représentent une population de plus en plus importante (19). Elle présente des particularités cognitives et cliniques, tant psychiatriques que somatiques, nécessitant une adaptation des prises en charge. Cette population nécessite cependant une attention toute particulière, notamment en ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses.

1.4.1 Epidémiologie

1.4.1.1 Prévalence

Après 65 ans, la prévalence de la schizophrénie en France est estimée entre 0,1 et 0,5% (20). Aucune donnée concernant la prévalence de la schizophrénie chez les personnes âgées n'a été produite depuis 2009.

1.4.1.2 Espérance de vie

L'espérance de vie d'un patient souffrant de schizophrénie est amputée en moyenne de 20% par rapport à la population générale (21), soit dix à vingt ans selon les études (22,23).

Il existe une augmentation de la mortalité chez les patients atteints de schizophrénie, avec un risque trois fois supérieur à celui de la population générale. Ce risque concerne la mortalité non naturelle et la mortalité naturelle. La cause principale de mortalité non naturelle est le suicide, avec un risque douze fois supérieur à celui de la population générale. La mortalité par cause naturelle concerne notamment les maladies cardiovasculaires et respiratoires (24).

En 2017, une étude française sur la mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux est publiée. Une analyse sur les causes initiales et associées des décès en France entre 2000 et 2013 est réalisée à partir de la base de données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Il est alors remarqué que pour les hommes comme pour les femmes, l'âge moyen au décès était particulièrement bas pour la schizophrénie (respectivement 55,9 ans et 67,6 ans) par rapport à la population générale (72,4 ans pour les hommes et 80,2 ans pour les femmes) (25).

Âge moyen au décès selon la nature des troubles mentaux (TM) et selon le sexe, France, 2000-2013

	Âge au décès (ans)					
	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Pas de trouble mental	76,2	16,8	72,4	17,0	80,2	15,7
TM tous types confondus	75,0	17,3	68,9	17,1	81,6	14,9
TM organiques	86,7	7,7	83,9	7,9	88,2	7,1
TM non-organiques	65,9	17,0	62,7	15,8	72,0	17,5
TM liés à l'utilisation de substances psychoactives	61,8	14,1	61,5	13,9	62,8	14,7
TM dus à l'alcool	59,6	13,1	59,4	12,9	60,7	13,7
Troubles psychotiques	69,9	17,9	63,0	18,0	76,1	15,2
Schizophrénie	59,8	18,5	55,9	17,9	67,6	17,0
Troubles de l'humeur	69,0	19,4	63,1	19,4	74,5	17,8
Troubles bipolaires	71,5	15,0	66,9	15,5	74,4	14,0
Troubles dépressifs	68,8	19,7	62,9	19,6	74,5	18,1
Troubles névrotiques	77,2	16,9	71,3	18,5	81,2	14,3

Exemple de lecture : l'âge moyen au décès sans mention de TM est de 72,4 ans pour les hommes et 80,2 ans pour les femmes tandis que, pour les décès avec mention de TM, il est de 68,9 ans pour les hommes et 81,6 ans pour les femmes.

Ha C. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. Bull Epidémiol Hebd. 2017;9.

1.4.2 Lieux de vie

Aux Etats-Unis 85% des personnes âgées souffrant de schizophrénie vivent dans la communauté, 13% en maison de retraite et 2% dans les hôpitaux (26).

En France les données recueillies sont moins précises et s'intéressent à la psychose en général chez le sujet âgé et non à la schizophrénie seule. En 2011, *Perrin-Hayne et al.* établissent que 16% des résidents en EHPAD présenteraient psychose, délire ou hallucinations (27), selon la grille PATHOS dont les limites ont pu être décrites précédemment.

En 2018, *Jovelet* estime à partir des données recueillies dans l'Aisne que 35000 à 40000 résidents psychotiques (trouble bipolaire inclus) séjourneraient aujourd'hui dans les EHPAD (28). Il constate alors qu'il y aurait « plus de patients « chroniques » dans ces structures non spécialisées que dans nos hôpitaux ».

1.4.3 Modalités évolutives du processus psychotique

Avec l'avancée en âge, la symptomatologie de la schizophrénie évolue avec une tendance à la réduction des symptômes positifs (troubles du cours de la pensée, délires, hallucinations) et une persistance voire une aggravation des symptômes négatifs (émoussement affectif, indifférence émotionnelle, pauvreté relationnelle, passivité et apathie dans les comportements sociaux, difficultés de la pensée abstraite, perte de la spontanéité et de la capacité à discuter, pensée stéréotypée) (20).

Cependant l'appréciation de cette évolution clinique généralement décrite peut être biaisée. Une dégradation de la fluence verbale, entraînant un appauvrissement du langage peut amener certains sujets âgés à moins rapporter d'éléments hallucinatoires ou délirants, minimisant de fait la symptomatologie positive (29). De même la constatation d'une aggravation de la symptomatologie négative peut être

faussée. Il peut s'agir alors d'une diminution effective de la symptomatologie positive avec l'âge mettant en exergue des symptômes négatifs préexistants, d'éléments dépressifs s'ajoutant aux troubles qui renforcerait le retrait affectif et le ralentissement psychomoteur ou encore de symptômes d'une dégradation cognitive liée à l'âge et se confondant avec les symptômes négatifs (30).

Trois profils d'évolutions cliniques peuvent être définis (31) :

- La rémission, considérée comme le fait d'assumer ses rôles sociaux, de ne pas présenter de symptôme psychotique hormis quelques symptômes résiduels ou une bizarrerie (32),
- La stabilisation avec troubles résiduels mineurs,
- Les formes invalidantes chroniques caractérisées par une symptomatologie riche, de fréquentes hospitalisations voire un mode de vie institutionnel.

La rémission concernerait jusqu'à 29% des patients souffrant de schizophrénie, une stabilisation avec troubles résiduels mineurs plus ou moins différenciés est décrite dans 24 à 33% des cas (33). Les formes invalidantes chroniques peuvent représenter jusqu'à un peu moins de la moitié des cas.

Ce panel d'évolution clinique possible chez les patients souffrant de schizophrénie apparaît logique au regard d'une pathologie dont l'évolution résulte d'une interaction entre des facteurs intrinsèques et un certain nombre de facteurs extrinsèques (psychosociaux, soutien de l'entourage. . .).

1.4.4 Troubles cognitifs et maladie neurodégénérative

Le caractère systématique ou non de la dégradation cognitive dans l'évolution de la schizophrénie est controversé depuis les premières descriptions cliniques au XIXème siècle. Le terme de démence vésanique a commencé à être utilisé après les

années 1840 et définissaient des états de dégradation cognitive majeure et générale dans l'évolution des troubles délirants chroniques. La démence vésanique a été remplacée par la pseudo-démence vers 1900 (troubles cognitifs réversibles dans divers troubles mentaux). Cependant la notion de démence vésanique est encore utilisée parfois pour désigner l'apparition de troubles cognitifs tardifs au cours d'une pathologie psychiatrique chronicisée (34). Ensuite, Emil Kraepelin synthétise les travaux de ses prédécesseurs en 1893 dans une quatrième édition de son Traité de psychiatrie et y introduit la classe des processus psychiques dégénératifs (35). La « démence précoce » est ainsi caractérisée par une évolution péjorative des patients souffrant de schizophrénie sur le plan clinique, social et cognitif. Cependant en 1911, Bleuler dans son traité d'Aschaffenburg délaisse le terme de « démence précoce » au profit de celui de schizophrénie, la notion de dissociation devient la caractéristique principale de la pathologie. Une évolution déficitaire est possible mais alors non obligatoire.

Malgré une littérature abondante ces vingt dernières années sur les troubles cognitifs dans la schizophrénie, les études s'intéressant aux sujets âgés souffrant de schizophrénie restent rares (31). Différentes avancées ont néanmoins été faites. Il a été mis en évidence dans une revue de la littérature l'existence de troubles cognitifs précoces, et suite à cette phase prémorbide une dégradation des capacités cognitives s'observerait en phase prodromale et se prolongerait jusqu'au premier épisode psychotique (36). A la suite de la première décompensation de la maladie, plusieurs études démontrent que le déficit cognitif est constitué et qu'il ne s'aggraverait pas pour une majorité de patient souffrant de schizophrénie (les fonctions cognitives suivront une courbe de dégradation parallèle à celle observable dans le vieillissement normal) (37,38).

La Maladie d'Alzheimer peut survenir au cours de la schizophrénie, pourtant sa fréquence n'est pas plus élevée que celle dans la population générale. Les estimations varient entre 2% et 9% des cas. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les patients âgés souffrant de schizophrénie et les sujets sains dans la recherche d'éléments histopathologiques corrélés avec la maladie d'Alzheimer (39).

De plus, les patients atteints de schizophrénie ont une évolution cognitive différente de celle des sujets présentant une maladie d'Alzheimer (30). Certes le fonctionnement cognitif est plus dégradé que chez les sujets âgés sains quelle que soit la fonction cognitive évaluée (langage, vitesse de traitement de l'information, mémoire de travail...) (40). Cependant les capacités visuospatiales et la récupération de nouvelles informations apprises sont plus performantes que chez les patients atteints de Maladie d'Alzheimer (le rappel en mémoire verbale à court terme est même aussi performant que des sujets sans trouble cognitif) (41).

L'évolution des déficits cognitifs chez les patients schizophrènes est hétérogène, modulée par le mode de vie, les symptômes présents dès le début de la maladie ou encore l'institutionnalisation ou le nombre d'hospitalisations.

1.4.5 Vieillesse et comorbidités

1.4.5.1 Psychiatriques

La principale comorbidité psychiatrique chez les patient âgés souffrant de schizophrénie est la dépression. Il faut cependant être attentif dans l'évaluation psychiatrique afin de bien distinguer les symptômes dépressifs des symptômes négatifs de la pathologie. Différentes études rapportent des taux élevés de syndrome dépressif, jusqu'à trois fois plus en comparaison avec des sujets du même âge appartenant à la population générale (42,43). Des symptômes dépressifs sans

atteindre un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé, appelé parfois dépression subsyndromique, peuvent être retrouvés chez plus de 50% de patients âgés atteints de schizophrénie (44). Il peut s'agir d'une humeur dépressive à prédominance matinale, une diminution des activités, de la culpabilité, une anergie, une insomnie initiale et une perte d'espoir. Ensuite, la dépression semble statistiquement corrélée chez ces patients âgés avec la présence de symptômes positifs, elle est également liée de manière statistiquement significative aux problèmes de santé physique et à des facteurs non cliniques (absence de support social, revenus faibles. . .) (42).

Cela a déjà été évoqué précédemment, le risque de suicide est douze fois supérieur pour un patient souffrant de schizophrénie par rapport à la population générale. L'avancée en âge n'exempte pas de ce risque. Ainsi dans une étude s'intéressant au suicide dans la schizophrénie, un tiers des décès par suicide concernait des patients de plus de 45 ans (45).

Enfin, très peu de données sont disponibles quant à la prévalence des addictions chez les patients souffrant de schizophrénie devenus âgés. Une étude transversale réalisée en 2005 et incluant des patients atteints de schizophrénie, de trouble schizo-affectif et de trouble bipolaire a montré un taux d'abus de substances toutes confondues inférieur chez les patients âgés de plus de 60 ans par rapport à ceux plus jeunes (46). Une étude plus ancienne de 1996 comparant des patients schizophrènes devenus âgés à des sujets contrôles sains trouvait une prévalence pour l'abus ou la dépendance à l'alcool de 31 % comparée à 8 % chez les sujets témoins. La prévalence du tabagisme était de 40% chez ces mêmes patients (six fois plus élevée que les sujets témoins) (47).

1.4.5.2 Somatiques

Il existe un risque élevé de mortalité par pathologie cardio-vasculaire chez les patients âgés atteints de schizophrénie. Ainsi le risque de décès par pathologie cardiaque ou accident vasculaire cérébral serait multiplié par deux entre 50 et 75 ans, ce risque serait plus faible, mais significatif, pour les patients de plus de 75 ans (48).

La prépondérance des pathologies cardiovasculaires s'explique par une augmentation des facteurs de risque liés à la maladie (sédentarité, tabagisme, alcoolisme, mauvaise hygiène alimentaire, surcharge pondérale). Un facteur de risque supplémentaire est représenté par les effets iatrogènes de certains traitements, c'est notamment le cas du syndrome métabolique induit par certains antipsychotiques (21).

De manière générale les patients souffrant de schizophrénie ont un moindre accès aux soins somatiques, ces pathologies sont dépistées plus tardivement et bénéficient d'une prise en charge thérapeutique moins rigoureuse (49). Concernant les personnes âgées atteintes de schizophrénie, l'apparition et la prise en charge des pathologies organiques impliquent une vigilance accrue dans cette population, « le retard de prise en charge restant probable pour de multiples raisons dont l'absence de signalement de la part des personnes ou encore la banalisation des symptômes mis sur le compte des problèmes psychiatriques » (31).

1.4.6 Prise en charge de la schizophrénie vieillissante

1.4.6.1 Suivi

Les résidents en EHPAD souffrant de schizophrénie bénéficient de différents suivis. Le suivi psychiatrique peut être assuré par la psychiatrie publique de secteur. Il s'agit de l'une de ses prérogatives, définie lors de l'extension de la politique du secteur en 1972 : « il est indispensable que les médecins psychiatres assurent des visites dans

les maisons de retraite ou de cure médicale, ou éventuellement dans les centres de géro-psycho-geriatrie tels qu'ils ont été promus par la circulaire de septembre 1971 »³. Aucune donnée chiffrée concernant le suivi psychiatrique dans les EHPAD n'a pu être trouvée dans la littérature.

La réalité est toute autre. Le suivi psychiatrique est délégué aux médecins traitants. Les taux de suivis psychiatriques par les médecins traitants en EHPAD varieraient entre 20 et 80% selon les établissements, les secteurs et la stabilisation des résidents (10). Les patients suivis sur le plan psychiatrique par les médecins traitants peuvent être ceux « perdus de vue » à l'occasion de l'intégration d'un EHPAD ou encore ceux ayant une stabilisation psychiatrique prolongée. L'accompagnement de ces patients peut être assuré de façon partagée entre le psychiatre et le généraliste, ce qui a l'avantage de préserver un lien avec le CMP en cas de décompensation.

Les résidents peuvent aussi être suivis par des psychiatres libéraux, là encore aucune donnée n'est disponible à ce sujet.

Enfin le suivi psychiatrique peut être assuré par une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé, dont la création date de 2005 initialement pour les sujets en grande précarité. Leurs missions sont entre autres de répondre à des situations de crise ou de faire le pont entre le sanitaire et le médico-social. Ainsi, « près d'un quart de leur activité consiste à répondre aux demandes formulées par les EHPAD, entre autres lors de la déstabilisation d'un résident psychotique »(10).

³ Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

1.4.6.2 Approche thérapeutique

Seule 2,4% d'une littérature déjà peu abondante sur les personnes âgées souffrant de schizophrénie est consacrée à la prise en charge médicamenteuse dans cette population (50).

Il n'existe à ce jour aucun consensus spécifique concernant les pratiques de prescriptions médicamenteuses chez les patients souffrant de schizophrénie devenus âgés. Les médecins peuvent néanmoins se référer à des recommandations pour la pratique clinique : un consensus d'experts sur la prescription des antipsychotiques atypiques chez le sujet âgé (51) et les recommandations professionnelles de l'American Psychiatric Association (APA) (52) et de la World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) (53,54).

Ainsi les antipsychotiques de seconde génération apparaissent comme molécules de choix dans le traitement de la schizophrénie chez le sujet âgé. Cependant les données de la littérature actuelle ne permettent pas de montrer une efficacité supérieure par rapport aux antipsychotiques de première génération (50). Le profil de tolérance neurologique étant bien meilleur concernant les antipsychotiques atypiques (moins de symptômes extra-pyramidaux et anticholinergiques), c'est pour cette raison qu'ils sont choisis en première intention (55). Les recommandations actuelles en termes de prise en charge sont d'associer prise en charge institutionnelle, soutien psychosocial et médicaments. Le traitement médicamenteux repose sur les antipsychotiques au long cours et la monothérapie à la dose minimale efficace peut être recommandée comme standard (19).

Une étude parue en 2016 s'est intéressée aux pratiques des psychiatres concernant la prescription et la surveillance d'antipsychotiques chez les patients âgés souffrant de schizophrénie (56). Les auteurs retrouvent que : « le choix de la molécule,

les posologies d'initiation de l'antipsychotique, le rythme de suivi des patients et la durée de maintien de l'antipsychotique semblent globalement en accord avec les recommandations de prise en charge. (...) La surveillance médicale clinique et paraclinique suit globalement les recommandations de prise en charge sauf en ce qui concerne les surveillances du périmètre abdominal, de la prolactinémie, cardiologique avec électrocardiogramme et ophtalmologique. ».

Cependant il est important de rappeler que dans la grande majorité des cas le suivi psychiatrique en EHPAD est délégué aux médecins généralistes qui n'ont pas de formation spécifique concernant l'usage des psychotropes. Aucune étude semblable à celle décrite précédemment n'a pu être retrouvée. Néanmoins l'étude de *Desmidt et Camus* datant de 2011 concernant la prescription de psychotropes dans la population âgée est alertante (55). Les auteurs relèvent l'importance des prescriptions inappropriées de psychotropes chez la personne âgée au -delà de 65 ans. Il existe une inadéquation entre diagnostic psychiatrique et traitement psychotrope, que ce soit dans le sens d'une absence de prescription en présence d'un trouble avéré ou au contraire d'un usage inapproprié en l'absence de trouble psychiatrique. Il apparaît probable que les résidents souffrant de schizophrénie et plus largement d'une pathologie psychiatrique en EHPAD ne bénéficient pas d'une thérapeutique médicamenteuse adéquate.

1.5 Offre de soins en Psychiatrie de la personne âgée

1.5.1 Théorique en France

La circulaire DHOS/02/2007/176 du 30 avril 2007 a permis la création souvent locale de dispositifs de prise en charge psychiatrique de la personne âgée. En 2014,

une communication autour de l'offre de soins en Psychiatrie du sujet âgé a été réalisée et prônait un découpage territoriale de proximité (niveau 1), de recours (niveau 2), et de référence régionale (niveau 3) (57). Ainsi le niveau 1 de proximité aurait pour but d'améliorer le dépistage et de faciliter l'orientation des personnes âgées vers des soins spécialisés. Les actions menées pourraient être la sensibilisation des médecins traitants et des intervenants médico-sociaux au repérage des troubles mentaux chez la personne âgée, l'accueil spécifique de ces patients au sein des Services d'Accueil des Urgences ou encore la formation en Psychiatrie de la personne âgée de référents au sein d'un CMP et d'un psychiatre par secteur. Le niveau 2 de recours se situerait au niveau départemental et s'aménagerait autour d'une coordination territoriale, de la présence d'équipes mobiles intersectorielles dont les interventions seraient brèves et relayées à des médecins référents, d'hôpitaux de jour permettant une alternative à l'hospitalisation complète et enfin de lits d'hospitalisation identifiés « Psychiatrie de la personne âgée ». Pour finir le niveau 3 de référence serait régional et comprendrait des centres de référence d'enseignement et de formation, de recherche et d'expertise des cas complexes.

1.5.2 Actuelle en Isère

L'offre de soin en Psychiatrie du sujet âgé s'est considérablement développée depuis six ans principalement au niveau 2 de recours.

Une première équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) concernant le secteur « Pôle Voironnais » a été montée en 2012, une seconde sur le secteur « Pôle Drac-Trièves-Vercors » (PDTV) en 2014 dont le travail a été étendue à une partie de la métropole grenobloise en 2017. Le secteur « Pole Grenoble-Grésivaudan » (PGG) ne dispose pas à ce jour d'équipe mobile. Le PDTV dispose

d'un hôpital de jour dont cinq lits sont fléchés « personnes âgées », l'hôpital de jour du Pôle Voironnais crée en 2017 a les mêmes capacités d'accueil concernant les personnes âgées mais est non opérationnel à ce jour. Un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel dédié aux personnes âgées au sein du PDTV a été créé en 2017.

Depuis mars 2016 trente lits d'hospitalisation en Psychiatrie de la personne âgée ont été créés à la clinique du Dauphiné. La psychiatrie publique devrait se doter quant à elle en 2019 de quatorze lits d'hospitalisation aiguë en Psychiatrie du Sujet âgé et de onze lits dédiés aux patients psychiatriques vieillissants en perte d'autonomie et nécessitant une orientation en structure médico-sociale.

De plus depuis 2012 l'EHPAD de Bévière à Grenoble, en collaboration avec le CHAI dispose d'une unité dédiée à la géronto-psychiatrie ayant une capacité de quatorze lits.

Enfin des réunions « cas complexe-filière » sont réalisées entre les principaux acteurs de la filière géronto-psychiatrique en Isère.

Concernant le niveau 1 de proximité, des formations sont proposées aux acteurs du médico-social au sein du Centre Hospitalier Alpes Isère et au sein même des EHPAD (il s'agit alors de micro-formations sur des thématiques précises). Le réseau s'établit peu à peu, par exemple l'association Isère Gérontologie s'associe aux Conseils Locaux de Santé Mentale de Grenoble et du Pays Voironnais ainsi qu'au Centre Hospitalier Alpes Isère pour mener une action régulière de sensibilisation et d'information sur le thème de la santé mentale chez le sujet âgé. Ces moments sont l'occasion pour les différents intervenants d'échanger au sein du réseau.

Enfin, le niveau 3 de référence serait à Grenoble. Le Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes dispose depuis 2014 d'un poste de Praticien Hospitalier

en psychiatrie de liaison du sujet âgé. Une formation en psychiatrie du sujet âgé est par ailleurs réalisée auprès des internes. Lyon dispose d'une formation dédiée en psychiatrie du sujet âgé au travers d'un diplôme Inter-Universitaire.

1.6 Conclusion

Parler de « psychotique vieillissants en EHPAD » nécessite au préalable de remettre cette population dans un contexte, celui de l'évolution du système de soins général, psychiatrique et médico-social, mais aussi celui de l'évolution de la pathologie psychotique avec l'âge. La littérature bien que présentant des lacunes à ce sujet peut être assez péjorative concernant la prise en charge de ce type de population : « la psychiatrie se défaussent des psychotiques dits « chroniques » vers des EHPAD dont les équipes ne savent pas s'occuper. Ils n'en ont ni les moyens ni la vocation ; ils ne sont pas formés ; n'ont pas de culture de la psychose mais de la maladie d'Alzheimer qui comporte des « troubles psychotiques », ce qui aggrave la confusion. » (10). Nous avons donc voulu réaliser un état des lieux de la prise en charge des psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère en nous focalisant sur l'expérience des professionnels de santé intervenant après de cette population.

L'objectif de cette étude est d'explorer le ressenti, les difficultés potentielles et les attentes des soignants travaillant auprès de résidents psychotiques vieillissants en EHPAD.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 *Equipe de recherche*

L'équipe de recherche était composée d'un interne en Psychiatrie et d'un interne en Médecine Générale. Nous nous connaissions avant la réalisation de l'étude.

2.2 *Choix de la méthode*

Le but de ce travail de recherche était d'explorer le vécu et les attentes de professionnels dans une prise en charge. L'analyse qualitative inspirée de la phénoménologie était donc la plus appropriée pour la réalisation de cette étude. En effet cette méthode permettait d'explorer les émotions, les comportements et les expériences personnelles (58). La nature même de la recherche qualitative est de « donner à voir (description, narration) et d'analyser les acteurs pensant, éprouvant, agissant et interagissant. » (59).

Contrairement aux études quantitatives, en recherche qualitative la démarche est inductive, c'est-à-dire que la formulation de l'hypothèse de travail ne se fait qu'au fur et à mesure de la collecte des données (60). C'est ainsi que les modalités de la recherche pouvait évoluer durant l'étude.

Dans le cadre de nos travaux, l'entretien individuel semi-dirigé fut utilisé comme méthode de recueil de l'information. « L'entretien individuel, plus que tout autre dispositif, permet de saisir, au travers de l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites (...). » (61). Les entretiens auraient pu aussi être réalisés via des « focus-group » mais les entretiens en face-à-face ont

été préférés, afin de faciliter la libre expression de chacun des participants notamment lorsqu'il s'agissait d'exprimer un ressenti personnel et intime.

Après une recherche bibliographique sur le sujet d'étude, plusieurs thèmes d'intérêt ont été définis. Il s'agissait de :

- Représentation du résident psychotique vieillissant en EHPAD,
- Modalités d'accueil en EHPAD des patients psychotiques vieillissants,
- Formation autour des psychoses vieillissantes,
- Vécu personnel et professionnel par rapport aux patients psychotiques vieillissants et à leur prise en charge,
- Réseau et communication entre professionnels au sujet des patients psychotiques vieillissants,
- Attentes dans la prise en charge des résidents psychotiques vieillissants.

Un guide d'entretien a donc été conçu (**Annexe 1**) comportant des questions ouvertes permettant d'obtenir des réponses individualisées, tout en s'assurant que les thèmes retenus étaient bien abordés. Chaque thème abordé par une question comportait des questions de relance afin d'encourager les participants à approfondir leurs réponses et à rebondir. Ce guide a été soumis et corrigé avant la réalisation des entretiens par plusieurs médecins exerçant en Psychiatrie du sujet âgé. Un entretien avec un professionnel fut réalisé pour tester et adapter le guide d'entretien initial (entretien 1). Arbitrairement, nous avons décidé que le premier participant disponible serait le participant « testeur ». Les propos recueillis ont été informatifs et les données ont été intégrées à l'analyse globale.

2.3 Inclusion et recrutement

Des critères d'inclusion ont été définis au préalable :

- Principaux professionnels prenant ou ayant pris en charge des patients psychotiques vieillissants en EHPAD, à savoir : infirmier, psychiatre, médecin traitant, médecin coordonnateur, psychologue et aide-soignant,
- Professionnels travaillant sur l'un des trois secteurs psychiatriques en Isère : PDTV, PGG et Pôle Voironnais,
- Professionnels acceptant l'entretien, sa retranscription et l'utilisation des données pour en réaliser l'analyse.

Pour le recrutement, la méthode de proche en proche a été utilisée en sollicitant nos contacts personnels. Par ailleurs nous avons cherché à obtenir un échantillonnage raisonné en recherche de variation maximale par rapport au sexe, l'âge, la profession et le secteur psychiatrique d'exercice.

Nous disposions initialement d'un répertoire de 71 EHPAD recensés sur trois secteurs psychiatriques, fourni par l'EMPSA. Un premier contact par téléphone aux médecins coordonnateurs des EHPAD était réalisé pour connaître la présence de résidents psychotiques vieillissants dans leur EHPAD ou non. Après délivrance d'une information orale concernant notre étude et l'obtention d'un accord de principe de participation à l'étude, un courriel récapitulant les modalités de notre étude était envoyé (**Annexe 3**).

Pour le recrutement des médecins traitants, il était systématiquement demandé au médecin coordonnateur les coordonnées du ou des médecins traitants prenant en charge la population désignée et le même procédé de prise de contact était alors réalisé.

Concernant les psychiatres, le même courriel d'information a été envoyé directement sur la mailing-list globale des médecins psychiatres du Centre Hospitalier Alpes Isère.

Cause de refus

Un EHPAD a directement refusé toute information concernant l'étude au motif d'un refus d'admission de psychotiques vieillissants dans son établissement.

Nous sommes restés dans l'attente de réponse de 8 EHPAD, souvent en l'absence de médecin coordonnateur, nous étions alors renvoyés sur le psychologue ou le cadre de l'EHPAD. Par ailleurs l'étude ayant débuté pendant la période estivale, les médecins coordonnateurs étaient souvent absents et la décision de participation était alors reportée à leur retour.

2.4 Déroulement de l'étude

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux d'exercice des professionnels dans une pièce leur garantissant une confidentialité des propos. Une nouvelle information orale était donnée concernant les modalités de l'étude, le respect de l'anonymat et la confidentialité des données recueillies.

Avant l'entretien, les caractéristiques des participants étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire socio-démographique (sexe, âge, profession, secteur psychiatrique d'activité, ancienneté). Un formulaire d'information et d'opposition (**Annexe 4**) concernant l'utilisation des données leur était remis.

Après l'accord oral des participants, l'entretien était enregistré intégralement à l'aide d'un dictaphone placé au centre du bureau et le guide d'entretien était ensuite suivi. Au cours de l'entretien nous avons pris éventuellement quelques notes. Aucune limite de temps n'était définie pour la durée des entretiens.

2.5 Analyse

L'investigateur ayant réalisé l'entretien le retranscrivait ensuite intégralement au moyen du logiciel Microsoft Word®, on parle alors de verbatim⁴(62). Les données étaient anonymisées. Une version anonymisée de cette retranscription était envoyée aux participants pour d'éventuelles modifications.

Nous en avons réalisé une analyse transversale inspirée de la théorisation ancrée, « cette méthode permet de théoriser un phénomène empirique à travers la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation. »(63).

2.5.1 Codification

Nous avons procédé à un codage axial du verbatim assistés par le logiciel QDA miner. Les trois premiers entretiens ont permis la construction de la grille de codage. Le verbatim était découpé en unités de sens (64) et chaque unité de sens avait un code. Nous codions chaque entretien séparément puis une mise en relation était réalisée. En cas de désaccord, les enquêteurs se reportaient au verbatim.

⁴ Verbatim : compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien.

2.5.2 Catégorisation

Les codes ont été regroupés au sein de catégories. Ces catégories ont évolué au fur et à mesure des entretiens (**Annexe 5**).

Voici un exemple :

<u>Adaptation de la prise en charge</u>	
Adaptation de la prise de charge à la structure	Retentissement de l'état de l'EHPAD sur la prise en charge
Adaptation de la prise en charge au contexte	Suivi extérieur à l'EHPAD, facteur d'inadéquation des décisions
Adaptation de la prise en charge au vieillissement des PV	Adaptation des professionnels d'EHPAD par rapport au PV
Adaptation de la prise en charge aux autres professionnels	Consultation conjointe
Confrontation des affirmations des PV au vécu/à la réalité des soignants d'EHPAD lors des consultations externes	Hospitalisations de rupture
Manque de personnel : cause de sur-médication	Moyens d'adaptation envisagés par l'EHPAD au PV
Prise en charge externe adaptée au contexte de l'EHPAD +	Retentissement de la prévention en début de décompensation
Prise en charge externe adaptée au contexte de l'EHPAD -	Adaptation des soignants aux PV par rapport aux personnes âgées non PV

2.5.3 Mise en relation, théorisation et intégration

Les catégories ont été mises en relation entre elles à travers les différents entretiens ce qui a permis progressivement de construire un schéma pour modéliser ces liens et de dégager des axes de réponse à l'étude.

2.6 Ethique

Cette étude relève d'une recherche dans la santé nécessitant une déclaration de conformité à une méthodologie de référence MR003 faite auprès de la CNIL via le

Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (**Annexe 6**). Les médecins ont été informés par oral et par écrit de l'utilisation de leurs données et de leur droit d'opposition. L'accord d'un Comité de Protection des Personnes n'était pas requis selon le décret n° 2017-884 du 9 mai 2017, modifiant l'article L.1121-1 du Code de la Santé Publique.

2.7 Validité de l'enquête

Comme pour les études quantitatives il existe des critères de validité qui ont été définis par *Mucchielli* (65) : l'acceptation interne, la complétude et la saturation. L'acceptation interne correspond au degré de concordance et d'assentiment qui s'établit entre le sens que le chercheur attribue aux données recueillies et sa plausibilité telle que perçue par les participants à l'étude. Ainsi le participant approuve le thème de l'étude, sa méthode de réalisation et l'analyse effectuée à partir des données recueillies. La complétude de l'étude représente la qualité de l'interprétation finale des résultats d'une recherche. Cette interprétation doit être parfaitement crédible et compréhensible. Enfin la saturation est le phénomène qui apparaît au fur et à mesure de l'analyse et qui aboutit à l'absence de données nouvelles issues des entretiens.

Plus récemment, une grille internationale COREQ a été développée afin d'aider les chercheurs à rapporter les modalités de leur étude qualitative (66), ce qui constitue aussi un critère de validité des études qualitatives.

Ce travail de recherche qualitative tend à remplir les critères de validité décrits précédemment.

3 RESULTATS

Cette étude qualitative se poursuit actuellement et les résultats présentés ne soient pas définitifs, il s'agit de résultats préliminaires.

Dix entretiens ont été réalisés entre juillet et aout 2018, 6 d'entre eux ont été analysés afin de ne pas limiter la surreprésentation d'une population (les autres entretiens ont été réalisés auprès de médecins coordonnateurs).

3.1 Caractéristiques et analyse de la population étudiée

	Sexe	Âge	Profession	Ancienneté dans la structure (années)	Secteur psychiatrique d'activité	Milieu	Durée (min)
Entretien 1	F	26	Infirmière (IDE 1)	5	Pôle Voironnais	Rural	31
Entretien 2	F	58	Médecin coordonnateur (MC 1)	7	Pôle Voironnais	Rural	43
Entretien 3	M	49	Psychiatre (Psy 1)	9	PDTV	Urbain	33
Entretien 4	M	34	Psychiatre (Psy 2)	4	PDTV	Urbain	22
Entretien 5	M	66	Médecin coordonnateur (MC2)	3	PDTV	Urbain	31
Entretien 6	F	27	Infirmière (IDE 2)	2	PDTV	Urbain	20

L'analyse des entretiens a été faite pour trois hommes et trois femmes, la moyenne d'âge est de 43 ans. Les extrêmes d'âge sont la profession infirmière pour les plus jeunes, médecin coordonnateur pour les plus âgés ce qui correspond aux

données de la littérature concernant la profession médecin coordonnateur, profession représentée généralement par des médecins traitants en fin de carrière ou ayant déjà pris leur retraite.

Les professions représentées sont infirmière, médecin coordonnateur et psychiatre.

Le médecin coordonnateur et l'infirmière de l'entretien 1 et 2 travaillent dans le même EHPAD. Le médecin coordonnateur et l'infirmière de l'entretien 5 et 6 travaillent au sein du même EHPAD dans lequel intervient le psychiatre de l'entretien 4.

Les professionnels ont en moyenne une ancienneté de 5 ans.

Nous avons réalisé une part égale d'entretiens. La durée des entretiens a varié entre 20 et 43 minutes avec une moyenne de 30 minutes. Les médecins coordonnateurs étaient ceux dont les entretiens duraient le plus longtemps.

3.2 Analyse qualitative

L'exploration de l'expérience des soignants dans la prise en charge des psychotiques vieillissants a fait émerger deux grands axes :

1. Un ressenti général négatif des soignants concernant la prise en charge des psychotiques vieillissants,
2. Des solutions déjà mises en place ou envisagées au sein des EHPAD.

3.2.1 Un ressenti général négatif des soignants concernant la prise en charge

3.2.1.1 Un ressenti négatif

- Lors de l'abord du ressenti sur la prise en charge, émergent souvent des émotions négatives :

IDE 1 : « La prise en charge de personnes psychotiques c'est fatiguant » ; « donc ouais, c'est compliqué » ; « on est désemparée on se dit bah je ne vois pas comment je peux l'aider » ; « y a des jours ou ça clairement ça m'énerve, ça me gonfle » ; « Du coup c'est même pénible et désespérant »

MC1 : « moi je ne suis pas contente »

Psy 1 : « on était démuni hein ! »

MC2 : « ça nous déplaît à tous » ; « c'est odieux quoi ! »

Ce ressenti négatif semble être d'origine plurifactorielle s'expliquant par des obstacles dans la prise en charge, thématiques comme suit.

3.2.1.2 Manque de temps et de personnel consacré aux soins

- La plupart des soignants évoquent un manque de temps pour s'occuper des psychotiques vieillissants.

IDE 1 : « C'est simple on a 20h d'infirmière par jour on a une vingtaine de pansements, on a des distributions de médicaments, on a 80 patients... » ; « Ça paraît compliqué surtout en EHPAD on n'a pas forcément le temps »

Psy 1 : « On est complètement débordés les CMP »

MC 1 : « c'est pas la compétence des psychiatres que je mets en cause c'est le fait qu'ils n'aient pas le temps de se poser sur les situations. »

- Un psychiatre évoque également un manque de personnel en EHPAD :

Psy 1 : « en EHPAD, ils ont pas beaucoup de moyen [...], souvent il faut de l'humain, hey ben... Euh on en a pas... »

Psy 1 : « on a fini par comprendre, qu'en fait elle a besoin de présence. Sauf qu'ils nous ont dit, « ben dans notre EHPAD, on a une infirmière par étage, elle pourra pas veiller comme on le voudrait sur cette dame là... » »

- Une infirmière évoque également une perte de temps dans la prise en charge, en lien avec une difficulté pour le personnel d'EHPAD à planifier la durée de prise en charge de ces patients face à l'apparente autonomie physique des psychotiques en EHPAD :

IDE 1 : « pour elles ⁵, elles analysent ça comme une prise en charge rapide et efficace et en fait le temps que ça leur prend par rapport à leur capacité physique est en décalage du coup elles comprennent pas » ;

⁵ Ses collègues de travail.

« enfin parce qu'en plus souvent euh souvent c'est ressenti comme euh c'est quand même chronophage [...] c'est pour elles c'est une prise en charge qui pourrait être très rapide » ;

« Malheureusement [...] je suis en EHPAD et il faut que je me prenne 2h pour convaincre quelqu'un d'un truc tout simple »

- Ce manque de temps et de personnel est vu comme responsable d'un défaut dans la prise en charge, d'abord l'impossibilité de l'écoute, vue comme partie intégrante du soin :

IDE 1 : « en fait rien que le soin à la base c'est d'écouter. Ici vous n'avez pas de soin qui s'appelle « entretien », vous ne pouvez pas de toute façon »

« on se dit il suffirait juste que je l'écoute, aller 20 minutes et ça se trouve sa journée elle se passerait bien mieux mais le problème [...] vous n'allez pas pouvoir prendre le temps tous les jours »

MC 2 : Mais vous savez quand il y a eu ces grèves dans les EHPAD [...] on avait des témoignages [...] de gens qui disaient très bien qu'ils en avaient ras-le-bol de faire un travail de merde ! De jamais prendre le temps de discuter avec le résident, je ne parle même pas des psychotiques ! »

- Il est également perçu comme une cause de sur-médication :

Psy 1 : « Et aussi, en EHPAD, ils ont pas beaucoup de moyen, quand les gens s'agitent, souvent il faut de l'humain, hey ben...on en a pas... On vous shoote [...] Et on se retrouve dans des positions paradoxales à devoir prescrire, alors qu'on devrait... C'est pas ça qu'il faut »

MC 2 : « L'attention, les lieux dédiés, enfin tout ce qu'on connaît sur la question. Mais ça nécessite du temps et c'est parfois plus facile de balancer quelques gouttes. Et ça nous ça nous déplaît à tous »

3.2.1.3 Manque de formation et incompréhension du soignant

- Le manque de formation du personnel concernant la psychiatrie et en particulier la psychose est pointé du doigt unanimement par les professionnels interrogés :

IDE 1 : « on a un personnel soignant qui n'est pas forcément formé à la psychiatrie [...] c'est souvent sujet à problème »

Psy 1 : « Alors clairement, les personnels sont assez peu formés, voire sur un des EHPAD n'a pas été formé, pas du tout, ils ont eu zéro formation. »

IDE 2 : « [...] dont la pathologie est méconnue par la plupart des soignants notamment par les aides-soignantes et auxiliaires qui ont peu de formation en fait. »

Psy 2 : « je reconnais que même dans ma pratique en CMP en dehors de ma visite à l'EHPAD, c'est vrai que ça serait intéressant d'avoir davantage de formation, donc il y a certainement une carence à ce niveau-là. »

- Ce manque de formation peut causer une incompréhension du comportement des psychotiques pour certains soignants :

IDE 1 : « ce sont des agents de soins ou des aides-soignants [...]. Ils sont incapables de comprendre leur comportement et du coup leurs réactions elles ne sont pas du tout adaptées c'est là où je le constate le manque de formation et c'est là où il fait du mal. »

IDE 2 : « après ben ce qui complique un peu la tâche [...] c'est le manque de formation de certaines personnes qui du coup ne comprennent pas la pathologie du résident, pensent qu'ils font des chichis, pensent qu'ils font exprès pour les embêter, ce genre de choses. Et donc après c'est à nous de leur expliquer en fait pourquoi il réagit comme ça, qu'est-ce qui se passe, tout ça. »

- De même, il suscite une incompréhension de certains soignants concernant la prise en charge, voire même créé un sentiment d'injustice par rapport aux autres résidents :

IDE 1 : « c'est super compliqué parce que les gens ne les abordent pas correctement et... c'est pas de leur faute hein ils ne peuvent pas euh hein... le cadre pour eux quand on leur en parle c'est assez abstrait ils ne comprennent pas forcément... »

MC1 : « Et du coup pour les équipes qui différencient mal les gens ils ne comprennent pas pourquoi il y a deux poids-deux mesures, dans un esprit de « justice » on devrait avoir la même réponse pour des personnes qui disent la même chose. »

IDE 2 : « on va vraiment, pour ce genre de patients là avoir pour rôle de réexpliquer à toutes nos équipes pourquoi ça se passe comme ça, pourquoi ils réagissent comme ça, pourquoi nous on fait certaines demandes, pourquoi on est plus laxiste sur certains points, pourquoi ce monsieur on accepte qu'il mange tout seul alors que pour un autre monsieur on a refusé. Euh, voilà, ce sera plutôt ça oui. »

- Un des médecins coordonnateurs interrogé a d'ailleurs mis en relation le manque de temps et de personnel avec l'impossibilité de formation :

MC 1 : « Vous savez les EHPAD ne sont pas très riches, le temps imparti n'est pas très grand et si on peut éviter de le passer en formation je m'en excuse euh on va éviter ici le temps de présence en formation euh ça fait du bien à l'EHPAD. »

3.2.1.4 Une cohabitation parfois problématique avec les autres résidents

- Les interactions entre résidents psychotiques et non psychotiques sont perçues comme néfastes par plusieurs des soignants interrogés :

IDE 1 : « le fait qu'ils soient mélangés avec les autres maladies de l'âge je trouve que ce n'est pas bénéfique pour eux ni pour les autres à certains moments. On en a enfin... les personnes déambulantes ça les énerve les personnes qui crient ça les énerve donc forcément nous on a un monsieur qui a un lourd passé [...] il est à côté d'une dame qui crie qui peut crier toute la nuit ; le matin on le retrouvait dans un état de nervosité et avec une tension au plafond euh parce qu'il ne supportait pas. »

IDE 2 : « je pense par exemple à ce patient là parce que lui c'était surtout lui un monsieur qui ne supportait pas d'être au contact des autres résidents qui avaient des troubles du comportement. »

- Il est également signalé que les psychotiques vieillissants peuvent présenter des troubles du comportement à type d'hétéroagressivité verbale ou physique :

IDE 1 : « On a un monsieur il est ignoble, il nous insulte, il nous agresse, il est affreux c'est tous les c'est tous les jours. »

MC 2 : « Et il est mentionné que ce monsieur a tué dans sa jeunesse, probablement je sais pas, dans un accès schizophrénique, il a tué un homme, et il a fait 35 ans de taule. Panique à bord ! Personne ne voulait entrer dans sa chambre parce que ça s'est diffusé comme une traînée de poudre. [...] Donc panique à bord, non seulement il est fou, mais en plus il tue les gens. Donc on avait un assassin tueur, enfin un tueur fou ! »

IDE 2 : « Souvent ces patients-là qui vont avoir des propos euh... racistes très bien ciblés ou désobligeants mais toujours sur la bonne personne, et le propos qu'il faut. »

- Une des craintes des soignants est que ce comportement hétéroagressif soit dirigé contre d'autres résidents de l'EHPAD :

MC 1 « : « Une décompensation en établissement c'est très chaud, les gens ici paient, les familles, et les résidents. Ce n'est déjà pas terrible pour le prix que ça coute si en plus vous avez peur de votre voisin c'est pas possible et donc voilà. »

MC 1 : Le problème c'est qu'on ne peut pas se permettre de laisser bousculer des, les autres autour c'est des gens super fragiles »

- De même, une des médecins coordonnateurs évoque le risque d'erreurs graves de distribution de traitement dans la mesure où ces deux populations sont très différentes en termes de thérapeutique :

MC 1 : « Parce qu'ils ont des traitements très lourds et que quand on donne le traitement d'un grand monsieur jeune (enfin jeune pour un EHPAD) à une mémé parce qu'on s'est gourré on va tuer la mémé et que ne serait-ce que pour ça les traitements lourds avec pleins de choses compliquées on a un taux de consommation de neuroleptiques et de benzos ici quand même qui est plus

important qu'une moyenne d'EHPAD donc l'erreur de distribution de médicament [...] si c'est euh mais euh voilà entre les 2 populations ça c'est une vraie angoisse »

3.2.1.5 Des activités inadaptées aux psychotiques vieillissants

- Les activités proposées en EHPAD sont perçues par certains soignants comme peu adaptées aux psychotiques vieillissants :

IDE 1 : « tout ça (les activités) c'est sympa, le loto on a le cinéma on a des spectacles on a des sorties mais euh ils le verbalisent de toute façon ils s'ennuient »

MC 1 : « Avec plus, ils auraient quand même besoin de plus d'activités pour les plus jeunes en particulier »

- La perte des activités de la vie quotidienne et la perte de liberté de mouvement en EHPAD ont également été abordées :

IDE 1 : « ils peuvent encore faire des trucs enfin alors qu'ici on leur fait tout. Ils n'ont plus besoin de mettre la table, enfin voilà ce genre de chose, ça leur fait du bien puis ça leur donne une mission un petit peu, un but »

Psy 1 : « Vous avez vécu 40 ans chez vous euh... [...] puis vous arrivez là, il va falloir s'adapter, vous êtes hyper dépendant de tout le monde...vous pouvez plus faire les choses par vous-même quasiment [...] Et aussi ce qui est compliqué [...] c'est qu'en fait il y a une restriction de liberté. C'est-à-dire que vous avez des patients qui vivaient chez eux, bon an mal an, mais ils sortaient dans la rue, ils allaient et venaient, arrivés dans un EHPAD, plus le droit de sortie. [...] mais ils sont encore sur leurs jambes, ils sont encore valides, ils chutent pas, mais par mesure de précaution, il y a une espèce de mesure de protocole, pour tout le monde, bim ! Pas de sortie ! »

- Les activités peu adaptées, les pertes des activités de vie quotidienne et de liberté de mouvement sont vues comme ayant des conséquences négatives :

IDE 1 : « Ils sont super alertes mais ils perdent, ils perdent en autonomie, ils perdent en fonction musculaire mais juste parce qu'ils sont ici »

« ils le disent qu'ils s'ennuient »

Psy 1 : « Donc on a des effets assez particuliers, de révolte, de tension, autour de cette question-là »

- Tandis que des activités adaptées sont perçues comme partie intégrante de la prise en charge et bénéfiques :

IDE 1 : « je suis sûre que c'est des gens qui pourraient partir je sais pas une journée au zoo, une journée euh faire des trucs quoi. Les occuper, parce qu'en plus ils s'ennuient et s'ennuyer quand on est pas bien dans sa tête je ne suis pas sûre que... »

MC 1 : « Bah c'est des gens j'aimerais bien que par exemple le matin à dix heures il y ait un petit peu de gymnastique, une demi-heure [...] de telle heure à telle heure parce que quelque part c'est aussi un mode de relation c'est un mode d'existence. »

3.2.1.6 Un budget insuffisant en EHPAD et des effets délétères de la gestion administrative

- Le budget des EHPAD est régulièrement évoqué comme une limite importante de l'EHPAD dans la prise en charge :

Psy 1 : « Et aussi, en EHPAD, ils ont pas beaucoup de moyens, quand les gens s'agitent, souvent il faut de l'humain, hey ben... Euh on en a pas »

- Un des médecins coordonnateurs décrit également un problème d'admission en EHPAD des résidents psychotiques vieillissants souvent limitée par les craintes du comité d'admission⁶ :

MC 2 : « Mais, je le répète, le problème, l'obstacle, c'est l'appréhension du décideur à l'entrée pour l'EHPAD. »

MC 2 : « J'ai demandé à ce que ici on arrête de mettre un veto, dès qu'on voyait le mot psychose, on mettait un veto sur les dossiers d'admission, les demandes de dossier d'admission. »

- On retrouve également un manque de souplesse dans l'organisation du travail en EHPAD, perçu comme facteur limitant à l'adaptation aux situations problématiques :

IDE 1 : « [...]Si la personne est gênée par l'autre personne c'est à la personne gênée de déménager au pire... Et c'est une personne bipolaire qui est dans sa chambre depuis plusieurs années et qui refuse de partir de sa chambre parce que pour lui c'est pas lui le soucis enfin voilà »

IDE 1 « : « Pareil l'hygiène moi quand j'étais en psychiatrie bah il voulait pas se laver le matin il se lavait l'après-midi, bah il se lavait pas tous les jours il se lavait une fois sur deux. Enfin, c'est quand même le rapport au corps est plus compliqué [...] Ici c'est... c'est une toilette le matin... Donc en fait c'est... c'est là où je me dis il faudrait... [...] Il n'y a pas de souplesse...»

⁶ Les comités d'admission en EHPAD sont de composition variable : directeur d'établissement, cadre administratif, cadre de santé, médecin coordonnateur, infirmier...

3.2.1.7 Un manque d'adaptation et de confrontation à la réalité du suivi externe

- Le suivi psychiatrique organisé dans des structures extérieures à l'EHPAD est également pointé du doigt comme vecteur de problèmes. Certains professionnels déplorent le manque d'adaptation des équipes externes de soins psychiatriques aux EHPAD :

IDE 1 : « s'ils interviennent en EHPAD faut aussi qu'ils s'adaptent au fait qu'ils interviennent en EHPAD »

IDE 1 : « ils sont mobiles quand même⁷... Donc ils sont censés venir dans l'établissement et s'adapter à notre façon de je ne sais pas de retranscrire le comportement là ils nous demandaient des trucs des fois... »

- Ainsi que le manque de confrontation des dires des patients, lors des consultations au CMP, à la réalité du terrain :

IDE 2 : « Ils ne tenaient pas vraiment compte de ce que nous on notait, des problèmes que nous on rencontrait ici, enfin c'était l'impression qu'on a eu en tout cas »

IDE 1 : « Non bah non c'est pas comme ça que ça marche en plus et puis si ils ne confrontent pas leur compte rendu à la réalité du terrain ça sert à rien »

IDE 1 : « ils ne se fient que à ce que la personne va leur dire au cours de l'entretien mais jamais ils ne viennent vérifier chez nous. [...] jamais ils ne confrontent ce que disent les patients à ce que nous on peut voir de leur vie parce qu'on est là quand même tout le temps et des fois ils racontent des choses ... »

⁷ Au sujet de l'EMPSA.

3.2.1.8 Un manque d'accès au suivi psychiatrique

- Deux soignants interrogés ont évoqué une difficulté à trouver un suivi psychiatrique :

IDE 1 : « si vous voulez appeler le CMP bah de toute façon bah ils ne sont pas disponibles et puis voilà euh... Quand ils vont au CMP ils rencontrent des infirmiers, ils ne voient même plus de psychiatre »

MC 1 « Derrière ils ont eu un peu de toubibs et ça a eu fonctionné bien jusqu'à maintenant et maintenant (elles étaient deux je crois), l'une est en congés maternité et l'autre doit être mutée ailleurs je sais pas trop et elles nous disent « bah écoutez on va pas les suivre ». »

- De même, dans les situations de décompensation, ou lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, il est rapporté un manque de moyens :

IDE 1 : « en plus quand elle va pas bien on n'a pas de relai enfin on ne peut pas aller lui dire tenez-vous allez passer 2 semaines là ça va vous faire du bien ou c'est pas...[...] Ou on a personne qu'on peut appeler par exemple ! »

MC 1 : « Tant qu'on n'a pas besoin de lit les échanges sont très possibles, très gratifiants. Quand on a besoin de soins sur du moyen terme ou sur du long terme il vaut mieux faire autre chose... »

- Une des médecins coordonnateurs a également rapporté un secteur trop important couvert par l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé pour selon elle être efficace :

MC 1 : « L'équipe mobile de psychiatrie ? Pourquoi pas ! Si y en a mais s'ils ont un secteur raisonnable, il y a une équipe qui est venue nous voir y a pas euh il y

a quelques années. « On est l'équipe mobile on va faire tout l'Isère, on est deux ». Bah oui, moi à mi-temps ici 80 résidents et j'y arrive pas toi t'es deux tu vas faire tous les psychotiques du département, bah vas y mais n'attends pas que je t'appelle. C'est aberrant, enfin je veux pas non plus. Une équipe mobile, enfin faut avoir des limites. Soit les gens ils sont là, soit... »

3.2.1.9 Un manque de communication en dehors de l'EHPAD

- Une des infirmières évoque un manque d'échange entre le CMP et les équipes d'EHPAD :

IDE 1 : « Donc souvent c'est notre médecin co qui reçoit les CR des psychiatres quand elle voit pour les adaptations thérapeutiques et tout ça mais nous on n'a absolument rien. On n'a pas de trace écrite, on n'a pas d'échange même oral, enfin on n'a rien donc on sait qu'ils vont au CMP mais c'est tout ça s'arrête là parce que y a pas d'échange... »

IDE 1 : « Parce qu'ils voient des infirmiers en CMP qui sont quand même plus spécialisés que nous, ils voient des psychiatres mais c'est tout enfin je veux dire ça s'arrête là y a pas d'échange sur la prise en charge enfin ils pourraient nous faire des suggestions »

- Un des psychiatres évoque quant à lui un manque d'échange entre le généraliste et le psychiatre :

Psy 2 : « Oui ma petite frustration c'est sur la difficulté d'avoir les informations sur les problèmes somatiques. [...] Autant nous on fait un retour avec les médecins traitants, autant nous parfois dans les dossiers c'est pas forcément bien détaillé euh ce qui a été entrepris au niveau somatique. Et parfois on est un peu, on dit voilà on touche à rien parce que finalement voilà on n'a pas assez d'information. »

- Ce manque de communication est perçu comme responsable tout d'abord d'une incompréhension des soignants de l'EHPAD des missions du CMP:

Psy 2 : « Bah que c'est toujours délicat euh parfois ils nous sollicitent pour des trucs qui n'ont rien à voir qui ne sont pas dans les missions du CMP en fait. Nous assez souvent, surtout les premiers temps le travail en EHPAD ce qu'on a observé c'est que bon il y a eu un temps d'adaptation pour qu'ils comprennent quel était le rôle du CMP. »

- Et également d'une incompréhension de la prise en charge indiquée :

IDE 2 : « on a eu des difficultés, euh, pas forcément liées à nous en interne, plus liées à la communication avec le CMP. Ou c'était pas clair la prise en charge, enfin bon on s'est pas compris. »

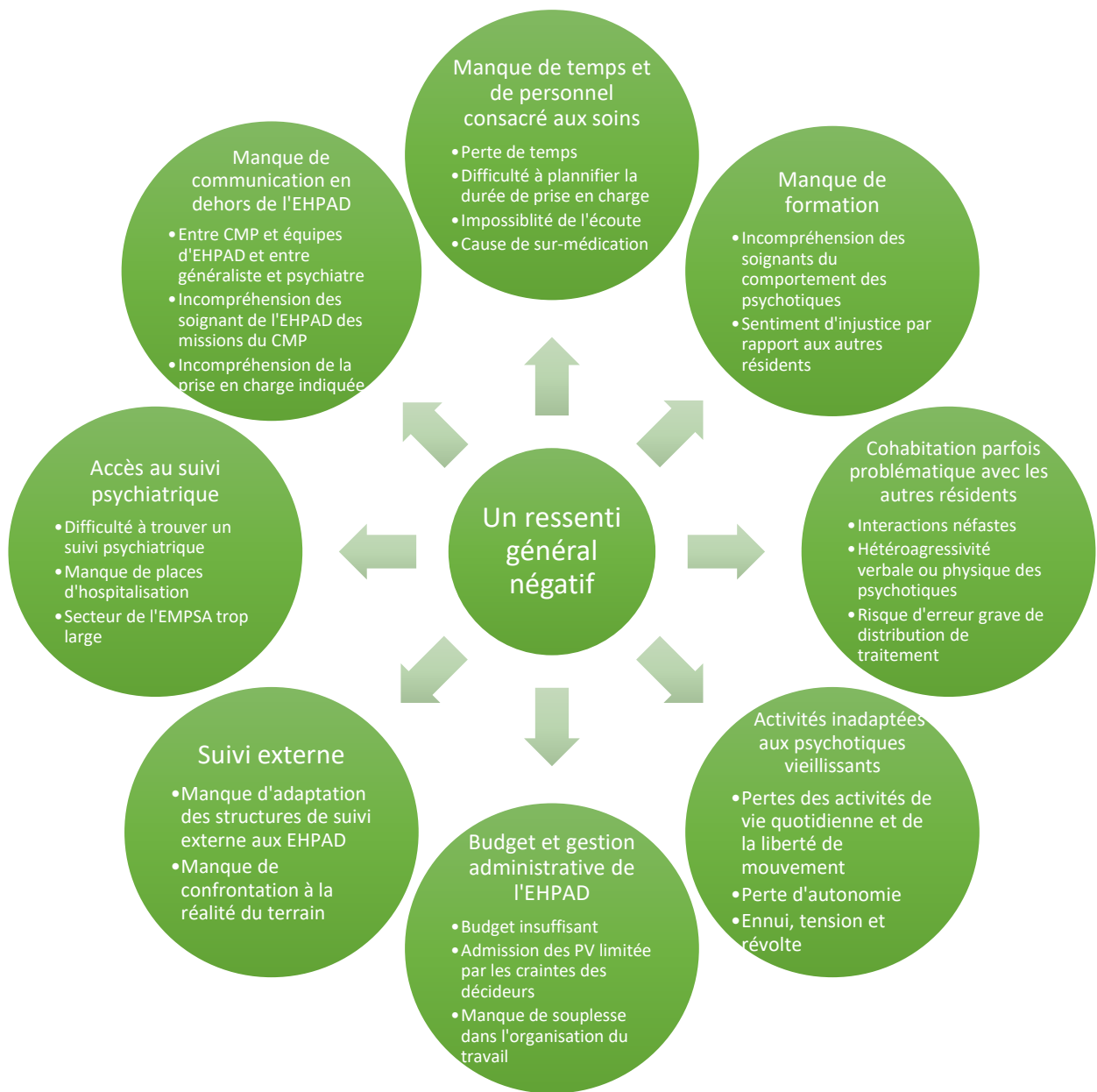


Schéma récapitulatif des différentes origines possibles au ressenti général négatif dans la prise en charge des résidents psychotiques vieillissants

Les soignants évoquent donc un vécu négatif dans la prise en charge des psychotiques vieillissants, en lien avec un manque de temps, de personnel et de budget, les conduisant à un manque d'écoute et une sur-médication.

La formation est également décrite comme insuffisante et responsable d'incompréhension de certains soignants.

L'EHPAD lui-même, par son organisation des soins, les activités qu'il propose et le cadre qu'il impose à ses résidents est parfois perçu comme insuffisamment adapté à cette population.

De plus les recours externes d'aide à la prise en charge sont parfois perçus comme manquant de cohérence, autant dans la capacité à suivre des patients, que dans celle à s'adapter aux fonctionnements des EHPAD. Le manque de communication et de confrontation à la réalité du terrain lors des consultations en externe est également critiqué.

Enfin, la cohabitation entre les résidents psychotiques vieillissants et les autres résidents de l'EHPAD peut être source d'inquiétudes.

3.2.1.10 Un ressenti positif

- La prise en charge des psychotiques vieillissants suscite également des émotions positives chez les soignants interrogés :

IDE 1 : « La prise en charge de gens psychotiques c'est intéressant »

Psy 1 : « Ils ont vu aussi des choses d'une autre époque, et moi je suis toujours intéressé par euh, par cet échange de ce qu'ils ont pu surmonter [...], ils ont des choses à nous dire quoi ! Donc euh ouais ouai, je suis toujours intéressé quoi. »

MC 2 : « que je répète que le psychotique il est pas euh... Je sais pas, il ne les agresse pas, il est plutôt, en général c'est plutôt des gens sympas »

- De plus, il est décrit un impact positif de certains soignants particulièrement investis dans leur travail :

MC 1 : « Là je vous le dis on a de la chance car les personnalités sont vraiment de qualité et que ils bossent »

Psy 2 : « moi je suis agréablement surpris [...] il y a une équipe qui est hyper investie, quand on arrive il y a toujours un tas d'activités, les patients le retour qu'on a c'est qu'ils se sentent bien là-bas, qu'ils sont entourés. Euh voilà nous on a plutôt de très bons retours et voilà donc une impression plutôt positive de ce lieu. »

MC 2 : « la participation volontaire exceptionnelle de la jeune femme que vous avez rencontré ⁸, qui est quelqu'un d'exceptionnel, et qui mobilise l'équipe des infirmières, qui mobilise l'équipe des soignants, qui est un appui majeur pour nous tous, ça, ça fonctionne bien. »

⁸ l'infirmière interviewée (IDE 2) juste avant le médecin coordonnateur.

- Un des médecins coordonnateurs déclare qu'après une confrontation avec la prise en charge des psychotiques vieillissants, dès lors qu'elle se passe bien, les craintes ressenties s'effacent :

MC 2 : « J'ai demandé à ce que ici on arrête de mettre un veto, dès qu'on voyait le mot psychose [...] en ayant aussi bien sélectionné que possible les premiers on a pu enchaîner sur quelques-uns. Progressivement. Et très honnêtement ça se passe plutôt bien. »

- Certains soignants évoquent également un système en amélioration :

Psy 2 : « Moi je pense qu'on vient de très loin et que le système actuel voilà il y a eu pas mal d'améliorations »

IDE 2 : « Donc la prise en charge je pense au départ a été un peu compliquée, ce qui a bien changé maintenant. Mais c'était un patient qui faisait un petit peu peur »

Ainsi des ressentis positifs sont aussi décrits à l'évocation de la prise en charge de psychotiques vieillissants en EHPAD.

Il s'agit principalement de l'impact positif de certaines personnalités impliquées dans la prise en charge.

Également, et malgré les craintes ressenties à l'évocation de la prise en charge des psychotiques, il semble que ces craintes soient expliquées par la peur de l'inconnu parfois plus que par de réelles difficultés.

Il semble enfin que malgré des problématiques encore d'actualité, le système de prise en charge est décrit comme en amélioration.

3.2.2 Des solutions déjà mises en place ou envisagées dans certains EHPAD

Parmi tous les problèmes évoqués, il est intéressant de noter que dans certains EHPAD, des solutions ont été soit proposées, soit déjà mises en place.

3.2.2.1 Avant l'admission une entente préalable entre la psychiatrie de secteur et l'EHPAD

- Il a été mis en évidence la mise en place d'une entente préalable concernant tout d'abord la stabilité des patients :

MC 2 : « Nous essayons de bien travailler la question en amont. Oui je prendrai pas un psychotique de 66 ans en pleine forme, pas très bien stabilisé, ou qui a rechuté il y a six mois. Vous voyez ce que je veux dire ? Ou qui ne suit pas bien son traitement, oui, non, non je prendrai pas ce genre d'homme. Voilà, il y a une préparation en amont, et je le redis, de la qualité de la préparation en amont, dépend la réussite de l'intégration ici. »

- Et concernant également un engagement au suivi psychiatrique :

IDE 2 : « c'est un monsieur qui a été accueilli chez nous sous condition qu'il soit toujours suivi au CMP, enfin il y a eu pas mal de conditions avant son acceptation chez nous et qui a été pendant plusieurs mois, comment dire, beaucoup de collègues avaient peur de lui en fait »

MC 2 : « C'est à l'issue de cette visite quand je vois que un lien a pu s'établir, il s'agit toujours de psychose stabilisée hein soyons bien clair, pas le mec qui est en pleine crise, c'est psychose stabilisé, et que l'on a établi avec l'équipe du CMP, ou le psychiatre traitant, ou la psychiatrie institutionnelle qu'en cas de pépin je peux les appeler voir qu'ils peuvent le reprendre »

3.2.2.2 Les hospitalisations, un moyen de soulager le personnel

- Concernant les ressentis négatifs décrits par certains soignants, il est évoqué des moyens d'apaisement, notamment des hospitalisations de rupture et des hospitalisations séquentielles :

IDE 1 : « la dame dont je vous parle depuis le début celle à qui je pense le plus parce que c'est elle qui nous prend le plus de temps et qui est mal le plus souvent bah nous on la garde et puis euh... Des fois on dit euh un petit séjour de rupture même pour nous euh... ça fait 4 ans bientôt que je suis là il y a des mois où je ne peux plus la supporter [...] Du coup c'est vrai qu'on se dit des fois un petit séjour de rupture là quelques semaines par ci par là avec des gens euh spécialisés ça éviterait... ça lui ferait du bien et ça nous ferait du bien. »

Psy 1 : « Donc voilà, c'est une hospitalisation pour que l'équipe souffle, puis ça va reprendre comme avant, parce qu'on sait très bien que ça changera pas ! Mais qu'au moins euh, l'équipe respire »

MC 1 : « Il y avait un résident qui partaient tous les 2 mois je crois, il allait passer 4 jours à l'hôpital, pour éviter un peu des débordements et du coup on rencontrait les équipes on allait les voir on échangeait »

3.2.2.3 Pallier le manque de formation universitaire

- Plusieurs soignants interrogés ont rapporté un complément de formation par la pratique :

IDE 1 : « J'étais en service fermé au pavillon Dominique Villard et après moi j'ai fait du CMP mais à la population psy en EHPAD je me suis formée en arrivant en EHPAD. Enfin voilà... »

MC 2 : « j'ai fait un stage d'externe en service fermé, ce qu'on appelait à l'époque pas le CHAI, mais ça s'appelait Saint Robert, [...] j'avais des

correspondants psychiatres avec qui j'échangeais bien, la communication, non je n'ai pas eu de formation, mais au fil des années, formation sur le tas. »

- Et également une formation informelle par les pairs :

IDE 2 : « pour ce genre de patients là avoir pour rôle de réexpliquer à toutes nos équipes pourquoi ça se passe comme ça, pourquoi ils réagissent comme ça, pourquoi nous on fait certaines demandes, pourquoi on est plus laxiste sur certains points, pourquoi ce monsieur on accepte qu'il mange tout seul alors que pour un autre monsieur on a refusé »

Psy 1 : « En termes de psychiatrie, ils n'y connaissent ri...alors ils ont une culture qui s'est développée, alors maintenant ça fait, il y a un des EHPAD avec lesquels on travail, oh on est quasiment a... Ils sont à quoi 4 - 5 ans maintenant. Donc ils ont acquis une connaissance sur le terrain en travaillant avec les hospitalisations au CHAI, avec euh, nos interventions à nous, donc voilà, on leur transmet des choses, voilà »

- Un des établissements fait participer son personnel à des formations proposées en interne ou organisées sur le CHAI :

IDE 2 : « nous on a fait la demande d'ici d'avoir des formations en interne, et c'est ce qu'on va voir justement auprès d'un médecin au CHAI. Euh par rapport à tout ce qu'on peut trouver comme trouble en EHPAD, vraiment axé sur cette population-là. »

MC 2 : « Alors, il y a deux types de formation qui sont proposées, soit sur place des micro-formations de deux heures dont les sujets sont ici exposés, soit à Saint-Egrève, alors à Saint-Egrève c'est plus institutionnalisé, c'est une journée de formation sur un thème précis. [Qui s'adresse à] tous les professionnels qui

travaillent ici. Donc vous voyez vous avez parlé de formation, nous organisons ça ! [...] Parce qu'il y a une demande de la part des gens qui travaillent à l'UPG⁹, puis voilà moi ça me, ça m'intéresse »

- Un des psychiatres interrogés évoque également la concertation pour pallier le manque de formation :

Psy 1 : « mais non mais là pour moi c'est plus de la concertation, [...] c'est pas une formation qu'il faut avoir, c'est se concerter avec les...voilà »

3.2.2.4 Mise en place d'activités adaptées aux psychotiques

- Certains soignants déclarent mettre ou évoquent la possibilité de mettre en place des activités plus adaptées aux patients psychotiques :

IDE 1 : « On en a on a un monsieur sa tutelle elle le fait partir en vacances toutes les années et ça c'est super mais il n'y a que lui qui le fait et à chaque fois ça se passe très bien, c'est par un organisme spécialisé donc voilà »

IDE 1 : « je suis sûr que c'est des gens qui pourraient partir je sais pas une journée au zoo, une journée euh faire des trucs quoi. »

MC 1 : « Bah c'est des gens j'aimerais bien que par exemple le matin à dix heures il y ait un petit peu de gymnastique, une demi-heure [...]c'est aussi un mode de relation c'est un mode d'existence. »

⁹ Unité de psychogériatrie accueillant des personnes âgées atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées.

- Une infirmière évoque également la possibilité d'intégrer ces patients dans les activités de vie quotidienne de l'EHPAD :

IDE 1 : « Oui voilà ils peuvent encore faire des trucs enfin alors qu'ici on leur fait tout. Ils n'ont plus besoin de mettre la table, enfin voilà ce genre de chose, ça leur fait du bien puis ça leur donne une mission un petit peu, un but »

3.2.2.5 Adapter le suivi externe au contexte de l'EHPAD

- Les deux psychiatres interrogés ont décrit la mise en place de consultations conjointes, ceci afin de pallier le manque de confrontation des dires des patients, lors des consultations au CMP, à la réalité du terrain :

Psy 1 : « Voilà, le travail pour moi c'est heu... ça n'a pas de sens, quasiment pas de sens pour moi de voir un patient seul, sans intégrer quelqu'un de l'équipe, ou faire un retour régulier, ou d'intégrer ...voilà, puisqu'ils sont avant tout vu régulièrement par des gens de la structure, infirmière, aide-soignant, quelle que soit la structure. »

Psy 2 : « c'est vrai que souvent on a une infirmière qui se libère là le temps des consultations, qui va nous amener chaque patient, nous faire un voilà nous tenir au courant de l'actualité etc. Parfois il y a le médecin coordonnateur qui est présent, parfois il y a la psychologue qui est présente mais c'est voilà... »

- Dans la même dynamique, ils évoquent l'instauration des visites à domicile (VAD) en EHPAD :

Psy 1 : « On essayait d'inventer des formes, des formes de travail qui serait plus adaptées à un patient en EHPAD. Je pense que la consultation standard CMP ça fonctionne pas. D'ailleurs nous on les fait plus venir sur le CMP, par contre c'est

la seule exception où on fait des VAD. C'est-à-dire qu'on va en EHPAD. C'est les seuls patients pour lesquels on se déplace. »

Psy 2 : « l'entretien n'était pas informatif et du coup je me retrouvais à renouveler des prescriptions sans savoir du tout ce qui était le quotidien de ces patients et c'est devant cette manière de travailler qui était quand même peu satisfaisante qu'on a réfléchi à une autre manière de faire et qu'on a instauré ces visites... »

- Un des psychiatres interrogés a également parlé de l'importance de connaître le fonctionnement de l'établissement afin de pouvoir s'y adapter :

Psy 1 : « On travaille avec trois EHPAD et ils fonctionnent tous d'une manière différente, il y a des nuances forcément, et ce qui est important c'est de connaître comment ça va fonctionner. A qui il faut s'adresser, comment les comptes rendus sont lus ou pas, s'il faut en faire quatre ou un seul, euh...des trucs tout bêtes, mais sinon ça passe pas. »

Psy 1 : « Voilà, et aussi euh, il y a toute la connaissance de la structure qui va accueillir, ça c'est très important, euh de connaître les intervenants, les équipes, comment ils fonctionnent, comment cet EHPAD accueille, fonctionne »

- Les deux psychiatres interrogés ont également évoqué l'importance d'expliquer le fonctionnement et les missions du CMP aux équipes des EHPAD :

Psy 1 : « J'essaie de voir le médecin coordonnateur. Donc on a des rencontres, euh, on fait des rencontres aussi euh... Entre institutions. C'est-à-dire que, on a un EHPAD, [...] on fait euh... CMP, et l'équipe et on se fait une rencontre ben pour dire euh ben comment on fonctionne, y a des échanges directs euh, par

exemple voilà, qui fait quoi, quels moyens on met à disposition, comment on travaille. »

Psy 2 : « Voilà ils ne comprenaient pas trop quel était euh la fonction du CMP et là aujourd'hui voilà on n'est plus sollicité pour des choses comme ça qui ne relèvent pas du tout de la psychiatrie... »

- Un psychiatre interrogé a évoqué une adaptation réussie de l'EHPAD afin d'améliorer le travail des équipes de psychiatrie :

Psy 2 : « Au début quand on arrivait ils oubliaient la date, on arrivait personne ne nous voyait venir. On nous a tout fait : on nous a amené les personnes dans des bureaux pas adaptés, c'était à nous d'aller les chercher aux 4 coins... Là aujourd'hui voilà ils font vraiment un effort, quand on arrive on est attendu, il y a une infirmière qui va rester avec nous tout le temps de notre visite, les patients sont prévenus à l'avance, ils sont déjà euh souvent il y en a 2-3 qui nous attendent déjà euh on est repéré par l'équipe euh par les patients. »

- Il a également été rapporté la mise en place d'une supervision du personnel¹⁰ d'EHPAD :

Psy 1 : « Voilà, on s'est dit on leur a proposé une autre façon de travailler, parce que c'est plus pertinent avec le fait qu'ils aient pas de supervision. Donc c'est pas une supervision en tant que telle, mais serait, ils amènent des situations, on continue à suivre les gens, mais on en parle en équipe, plutôt que j'aïlle me

¹⁰ Supervision : La supervision s'adresse à des personnes, des groupes ou des équipes. En s'appuyant sur des situations concrètes et quotidiennes, elle offre la possibilité de réfléchir sur le fonctionnement professionnel afin d'en mieux gérer les exigences. L'objectif est d'améliorer les compétences professionnelles.

déplacer, voir les gens, en reparler, faire un compte rendu, voilà, ils ont besoin d'en parler en équipe, de se coordonner eux même »

IDE 2 : « c'est une sorte d'analyse de la pratique mais pas vraiment mais c'est plus dans cette idée là en fait. »

Psy 2 : « nous on reste disponible pour euh on fait voilà une espèce de supervision ou de peut-être voilà de formation euh des personnes euh qui encadrent le patient. »

- Enfin, l'importance d'établir une relation de confiance entre soignants de l'EHPAD et des équipes de psychiatries a été mise en évidence :

MC 1 : « Alors je reçois après les consultations CMP, la secrétaire a la bonté de me faire un mail concernant la consultation et de me dire ce que le docteur a dit. Je ne saurai même pas vous dire la tête des 2 docteurs du CMP mais je sais qu'on peut joindre la secrétaire qui est fidèle à son poste et qui transmet fidèlement. Si elle est là elle fait, voilà, elle est fiable. Voilà je sais que le Dr D je peux l'avoir au téléphone. »

Psy 2 : « Après ce serait peut-être ouais voilà renforcer les liens. »

3.2.2.6 Vers des unités spécialisées en EHPAD ?

- Certains soignants ont également proposé de mettre en place des unités spécialisés en psychiatrie au sein même des EHPAD, ceci permettant également de répondre à la problématique de la cohabitation entre résidents psychotiques et non psychotiques déjà évoqué :

IDE 1 : « Je pense qu'il faudrait faire des EHPAD... Parce qu'effectivement ils ont, ils auront besoin d'EHPAD à partir d'un certain d'un certain âge mais le fait qu'ils

soient mélangés avec les autres maladies de l'âge je trouve que ce n'est pas bénéfique pour eux ni pour les autres à certains moments »

MC 1 : « je voudrai une unité pour ces personnes psychotiques »



Schéma récapitulant les solutions mises en place ou envisagées au sein des EHPAD

Il apparaît que parmi les problèmes soulevés par les soignants interrogés, un certain nombre ont déjà été solutionnés :

- L'admission de patients psychotiques vieillissants est réalisée désormais dans un EHPAD après entente préalable entre la psychiatrie de secteur et la structure.
- En ce qui concerne le manque de formation universitaire décrit, les soignants ont pu accéder à des formations spécialisées en interne ou au CHAI.
- A propos de l'adaptation des structures de recours externes, certaines d'entre elles, après avoir constaté des dysfonctionnements, ont d'elles même adapté leurs interventions. Notamment par la mise en place de consultations conjointes, de VAD, d'une supervision directe du personnel d'EHPAD, ou encore par des rencontres préalables afin de définir au mieux les rôles de chacun, et d'instaurer des relations de confiance.

Par ailleurs, certaines propositions ont été évoquées :

- L'EHPAD lui-même pourrait participer à l'amélioration de la prise en charge en organisant pour certains patients des activités adaptées, voire même une participation de ces patients à des activités de la vie quotidienne au sein de l'EHPAD.
- Concernant les difficultés ressenties par les soignants, des hospitalisations de rupture pourraient permettre de soulager le personnel lors des situations de tension. Des hospitalisations séquentielles permettraient quant à elles de prévenir des décompensations et d'échanger régulièrement avec les équipes impliquées dans la prise en charge.
- Enfin, les structures type EHPAD pourraient disposer d'unités spécialisées dédiées à la prise en charge de cette population de résidents.

4 DISCUSSION

4.1 Synthèse et critique des résultats qualitatifs

L'analyse des résultats préliminaires a permis de mettre en évidence quelques pistes de réponse concernant l'expérience des professionnels dans la prise en charge des psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère. Les principaux résultats sont discutés ici.

Le ressenti généralement négatif vis-à-vis de la prise en charge de cette population en EHPAD est à pondérer. En effet il s'agit principalement de données véhiculées par le médecin coordonnateur et l'infirmière travaillant dans un EHPAD en milieu rural (MC1 et IDE 1). Les difficultés d'accès au suivi psychiatrique renforcent le sentiment d'isolement dans les prises en charge pour des résidents se démarquant des autres résidents du fait de leur pathologie. De plus du fait d'une intervention de l'EMPSA auprès d'une situation compliquée qui a été mal vécue par le personnel de l'EHPAD, cet EHPAD ne fait plus appel à leur service ce qui accroît leur isolement dans la prise en charge de la population décrite. Par ailleurs l'EHPAD dans lequel travaillent ces deux professionnels accueille un nombre plus important de psychotiques vieillissants par rapport aux EHPAD traditionnels, le médecin coordonnateur en recensait douze lors de notre venue, sans formation dédiée ou moyen supplémentaire.

Il existe une inadéquation, bien relevée par certains soignants, entre les moyens humains autrement dit le temps nécessaire à la prise en charge d'un résident psychotique vieillissant et ce qui est alloué en réalité par l'EHPAD. En fait le budget des EHPAD dépend en partie du degré de dépendance de ses résidents. Or comme cela a été évoqué précédemment, les résidents psychotiques vieillissants plus jeunes,

ont très souvent une autonomie physique préservée et de ce fait le temps nécessaire à leur prise en charge n'est pas comptabilisé dans les soins alors qu'ils nécessitent un encadrement important (16). Pour un infirmier ce temps a été évalué à deux heures et demi par jour de son exercice (10). Ce temps de parole, d'échange, de relation soignant-soigné n'est ni reconnu comme acte, ni pris en compte dans l'attribution des moyens.

Un autre problème soulevé et déjà mis en évidence dans l'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011 – 2015 (67) est celui des activités occupationnelles en EHPAD, conçues initialement pour des personnes âgées et bien sûr plus dépendantes, donc inadaptées aux résidents psychotiques vieillissants. En vertu d'un principe de précaution imposant des normes d'hygiène et de sécurité strictes en EHPAD, quelques activités comme « à risque » (jardinage, cuisine) ne sont pas proposées dans certains établissements. Pour des résidents psychotiques vieillissants, ces activités de la vie quotidienne permettent de préserver une certaine autonomie et surtout leur confèrent « une des rares fonctions sociales qui leur restent » (16). Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) issus de la loi du 11 février 2006 valorisent ce genre d'activité mais ne s'adressent pas aux personnes âgées handicapées de plus de cinquante-huit ans si elles n'étaient pas prises en charge dans l'établissement avant cet âge (67). Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) auraient pu eux aussi leur fournir un espace dédié en EHPAD s'ils ne leur étaient pas fermés, car intégrés uniquement par des résidents souffrant de Maladie d'Alzheimer et Apparentés... Enfin un projet personnalisé de soins (prévu par la loi de janvier 2002-02) pourrait assurer une prise en charge adaptée en ce qui concerne les résidents psychotiques vieillissants. En effet, il comporterait des activités spécifiques valorisantes, pour des résidents plus

jeunes comme du sport adapté, l'organisation des sorties de l'établissement, etc... (10). Ce projet personnalisé de soins, également appelé projet de vie, peut permettre « de favoriser l'intégration et l'adaptation du patient schizophrène en EHPAD mais cela suppose une certaine adaptabilité de l'équipe de soins. » (68). Étonnamment lors des différents entretiens réalisés, le sujet du projet personnalisé de soins n'a jamais été abordé malgré la quasi constance de plainte autour de l'absence d'activité adaptée.

L'adaptabilité de l'équipe de soins en EHPAD mentionnée par *Merceron* est une donnée redondante dans les entretiens réalisés. L'adaptation de la prise en charge en général fait l'objet d'une catégorie et celle des professionnels d'EHPAD un code (**Annexe 5**). Cela nécessite souvent une formation, une sensibilisation au champ de la psychose. La plupart des professionnels interrogés sont intéressés par une telle formation, certains ne sont pas au courant de leur existence en Isère et d'autres ont déjà pu y participer. Mais les formations ne sont pas uniquement théoriques, il peut s'agir aussi d'un travail de supervision entre CMP et EHPAD ou de réflexion autour de certains résidents entre EMPESA et EHPAD. Et les avantages sont multiples tant pour les professionnels que pour ces résidents : vaincre les réticences à l'accueil de psychotiques vieillissants en EHPAD (9,30), « minimiser les conduites potentiellement inadaptées des membres d'une équipe soignante en réponse à des symptômes non ou mal compris » (9), améliorer le vécu dans les prises en charge, faciliter la tolérance ou encore une moindre sur-médication (10).

Les disparités territoriales en ce qui concerne l'offre de soins psychiatriques des CMP aux EHPAD et l'offre de soins en psychiatrie du sujet âgé ont déjà été évoqués dans la littérature (10,57), les propos recueillis auprès des participants de l'étude en témoignent. Le vécu du personnel des EHPAD dans la prise en charge des psychotiques vieillissants est bien différent quand le CMP peut assurer sa mission de

secteur, de suivi de ces patients au mieux par des visites directement en EHPAD. En effet cette pratique permet de « rencontrer le patient et l'équipe et de cerner la problématique en ne négligeant pas le contexte : les autres résidents, le discours des familles en cas de comportement perturbant, la nature des attentes. » (10). Si « la désinstitutionnalisation est considérée comme un changement positif pour la plupart des acteurs du réseau socio-sanitaire » (69), elle implique néanmoins une adaptation des pratiques de soins psychiatriques et une meilleure considération des attentes du réseau non psychiatrique. L'adaptation du travail des CMP avec ces nouvelles institutions médico-sociales (les EHPAD), par la supervision du personnel ou par des consultations conjointes, est bénéfique à tous :

- les professionnels d'EHPAD profitent ainsi d'une formation informelle leur permettant une meilleure appréhension de la maladie psychotique vieillissante, ce qui assure une certaine cohérence et logique dans leur prise en charge,
- le psychiatre en CMP obtient un confort de travail, une relation de confiance par le partenariat s'installe et les situations de crise peuvent être déjouées par une prévention préalable,
- pour le patient lui-même une cohésion dans la prise en charge, un suivi psychiatrique régulier lui permettent d'obtenir une certaine « stabilité » (6,10) et de s'affranchir d'un sentiment d'abandon.

Actuellement la politique vis-à-vis de la psychiatrie du sujet âgé (et donc des psychotiques vieillissants) est laissée à l'initiative des responsables de secteur, l'organisation territoriale de son offre de soins en Isère ne fait pas exception. Néanmoins il est probable que ce système s'améliore, l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015 (67) préconise ainsi une formalisation pour « créer une réponse de manière homogène au niveau territorial. ».

4.2 Forces et limites de l'étude

4.2.1 Méthode

Une enquête observationnelle auprès de médecins coordonnateurs et de psychologues d'établissements médico-sociaux de l'Aisne non publiée a déjà été réalisée. Elle portait sur les « modes de fonctionnement, les points de tension, les attentes, les représentations des sujets psychotiques et de la psychiatrie »(10). Il s'agissait d'un questionnaire envoyé à des professionnels avec des questions fermées et des questions ouvertes dont les propos ont été retranscrits mais non analysés. Notre étude est à notre connaissance la seule réalisée de manière qualitative avec la méthode des entretiens semi-dirigés sur le sujet du vécu et des attentes des professionnels intervenant en EHPAD auprès de psychotiques vieillissants. Cette méthode avait un intérêt particulier pour la compréhension du vécu, parfois intime, des prises en charge des participants. L'entretien semi-dirigé apportait ainsi une richesse supplémentaire aux propos des participants.

L'analyse rapportée ici est celle issue des résultats préliminaires et l'étude n'est pas terminée. Les critères de validité de *Mucchielli* ne sont pas atteints (65). Si l'acceptation interne est en partie respectée concernant l'approbation du thème de l'étude et sa méthode de réalisation par les participants, les critères de complétude et de saturation des données ne sont pas présents.

La grille COREQ a été suivie pour la réalisation et la rédaction de cette étude (66). Les participants n'ont pour l'instant pas eu de retour de notre travail de recherche concernant les résultats.

4.2.2 Echantillon

Cette étude comporte un biais de sélection car seuls les professionnels intéressés par le sujet ont accepté de participer.

L'échantillon, à défaut d'être représentatif, est suffisamment varié en termes de profession, de lieux d'exercice, et d'âge pour couvrir au maximum le sujet de l'expérience des professionnels intervenant en EHPAD auprès de résidents psychotiques vieillissants. Cette population hétérogène en termes de profession ne permet pas d'obtenir des résultats spécifiques par sous-groupes. Cependant il paraît intéressant de réaliser dans la suite de l'étude un appariement par secteur psychiatrique d'activité en raison de disparités territoriales d'offre de soins en psychiatrie du sujet âgé.

En ce qui concerne l'échantillon de cette étude préliminaire, les professions ne sont pas aussi variées que définies dans le protocole de l'étude. Les médecins traitants, les psychologues et les aides-soignants manquent et chaque profession porte vraisemblablement un regard particulier et différent sur son expérience en EHPAD auprès des psychotiques vieillissants.

Enfin principalement deux EHPAD sont représentés à travers les professionnels inclus dans l'étude, il peut s'agir là d'un biais de recrutement qui sera déjoué avec l'avancée de l'étude. Il est en effet intéressant d'avoir différents EHPAD car chaque EHPAD a son propre fonctionnement, son propre réseau local et ses propres difficultés (6,10). Cependant au regard de l'hétérogénéité des données recueillies lors des entretiens, les deux EHPAD principalement décrites semblent avoir des fonctionnements déjà bien différents donc la crainte d'une homogénéité peut être écartée. L'une est en milieu rurale, accueille un nombre important de résidents

psychotiques vieillissants, dispose d'un personnel peu formé à la prise en charge de ce type de pathologie et est assez isolée du secteur psychiatrique. Tandis que l'autre est en milieu urbain, accueille moins de psychotiques vieillissants, dispose d'un accès facile au secteur psychiatrique qui est d'ailleurs impliqué au sein de l'EHPAD par des visites de consultation au sein de l'EHPAD et par un travail de supervision. Le personnel de l'EHPAD a pu accéder à des formations dédiées.

Enfin, les professionnels interrogés ont tous une ancienneté inférieure à dix ans. Nous pouvons avancer l'hypothèse qu'il s'agit là d'un signe de l'importance du turnover pour les professionnels travaillant directement en EHPAD.

4.2.3 Recueil de données

Il s'agissait pour les deux investigateurs de la première réalisation d'une étude qualitative par entretiens. Ainsi l'inexpérience a pu entraîner une perte d'informations durant les entretiens ou certains oublis. Ces erreurs pouvaient être la modification non pertinente de l'ordre d'une question ou encore une mauvaise compréhension de la réponse d'un participant.

Un biais de désirabilité sociale ou biais de courtoisie a pu être présent durant les entretiens. Il s'agit d'un comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé, observé. La diversité des entretiens et des participants permet d'atténuer ce biais.

La triangulation est une démarche qui permet d'augmenter la validité et la qualité des résultats obtenus. Une triangulation des données a été réalisée par le recueil de données à différents moments, lieux et auprès de différentes personnes.

Le premier canevas d'entretien sera remanié à l'issue du sixième entretien (**Annexe 2**), essentiellement sur la forme et non sur le fond. A l'issue de la première

question un bref rappel sur la définition d'une psychose vieillissante sera dorénavant réalisé afin que les propos recueillis correspondent au plus près à la population ciblée. En effet il a pu arriver lors des entretiens que certains professionnels nous parlent de résidents souffrant de « psychose maniaco-dépressive » ou vraisemblablement de trouble de l'usage lié à l'alcool, ces données n'ont pas été utilisées lors du codage du verbatim. Enfin la question 5 ne fournissait pas assez de réponse et était trop fermée, nous l'avons changée pour l'une des relances utilisées.

4.2.4 Analyse

La triangulation des chercheurs (70), par une double lecture et analyse du verbatim est une force de cette étude. Cette triangulation permet de limiter le biais d'interprétation.

Deux catégories mineures (**Annexe 5**) n'ont pas été abordées dans l'analyse préliminaire. En effet, elles ont été insuffisamment évoquées par les intervenants alors qu'elles paraissaient pertinentes. Il s'agit du « PV dans sa prise en charge » principalement dans son implication dans les choix de prise en charge et « l'entourage du PV ». La poursuite de l'étude permettra éventuellement d'étayer et de relier ces deux catégories à d'autres catégories.

4.3 Implications pratiques

La méthodologie utilisée pour la réalisation de cette étude a été la plus rigoureuse possible. Néanmoins bien que les résultats obtenus aient une validité externe importante, c'est-à-dire conformes aux données de la littérature, ils ne peuvent en tant que résultats préliminaires être utilisés comme moyens ou outils d'interprétation concernant le sujet traité.

Cependant, il est important de remarquer que les résultats obtenus sont disparates, le vécu des prises en charge des résidents psychotiques vieillissants est fortement influencé par l'implication de l'équipe psychiatrique de secteur au sein des EHPAD. Nous pouvons formuler l'hypothèse que la présence d'un médecin psychiatre par CMP, référent en psychiatrie du sujet âgé auprès des EHPAD de son secteur, pourrait en tout état de cause améliorer le ressenti et résoudre certaines difficultés des professionnels intervenant auprès de résidents psychotiques vieillissants en EHPAD.

L'EHPAD, institution déjà en grande difficulté dans le quotidien ne peut à lui seul être un établissement de soins pour les résidents psychotiques vieillissants. La psychiatrie de secteur a en tout état de cause le devoir d'assurer sa mission de suivi de ses patients dans la limite de ses capacités...

5 CONCLUSION

En EHPAD, les résidents psychotiques vieillissants sont pris dans un entre-deux âges. Plus jeunes et autonomes que les autres résidents, exclus des prestations relevant du handicap et mis à distance de la psychiatrie, ils peuvent sembler isolés au même titre que les professionnels les prenant en charge.

Les résultats préliminaires de notre étude concernant le vécu et les attentes des professionnels dans la prise en charge des psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère mettent en évidence un ressenti généralement perçu négatif. Ces difficultés dans la prise en charge apparaissent causées par un manque de temps, de personnel et de formation en EHPAD ainsi qu'une mauvaise articulation avec la psychiatrie de secteur.

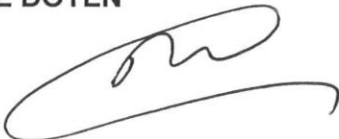
Cependant des initiatives locales au sein des EHPAD avec un rapprochement entre EHPAD et psychiatrie illustrent une amélioration possible dans le vécu de ces prises en charge.

La poursuite de ce travail permettra de mieux préciser l'expérience actuelle des professionnels exerçant en EHPAD en Isère auprès des psychotiques vieillissants grâce notamment au point de vue des catégories professionnelles non encore étudiées.

Au-delà du sujet des psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère, ce sont deux thèmes plus généraux et d'actualités qui transparaissent en filigrane de ce travail : la « crise » vécue actuellement par les EHPAD et la faiblesse des moyens alloués à la psychiatrie publique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 24/10/2018

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND
Pour le Président
et par délégation

—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

CHU de Grenoble
Pôle de Psychiatrie et de Neurologie
Pr. Thierry BOUGEROL
Professeur des Universités - Psychiatre Hospitalier
RPPS n° 10000070003
Pavillon Dominique Villars
BP 217 - 38000 Grenoble Cedex 09



Pr. Thierry BOUGEROL

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Eyraud B, Velpry L. De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? Rev Fr Adm Publique. 2014;149(1):207.
2. Ailam L, Rchidi M, Tortelli A, Skurnik N. Le processus de désinstitutionnalisation. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2009;167(6):455-8.
3. Jovelet G. Psychose et vieillissement. Inf Psychiatr. 2010;86(1):39.
4. Bergman N, Weil A-M, Martin P, Vidon G. Les retraités de l'asile. Nervure. 1993;6(5):59-62.
5. Jovelet G. Penser l'Ehpad et son devenir Pas sans la psychiatrie ! Inf Psychiatr. 2018;94:6.
6. Thubert B, Marcel E, Thubert C. Adaptation du sujet âgé dans les diverses institutions. EMC - Psychiatr. mai 2013;10(2):1-11.
7. Muller M. L'enquête EHPA 2015. DREES. 2017;(1015).
8. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. L'Encéphale. janv 2010;36(3):59-64.
9. Tourtauchaux R, Vaille-Perret E, Pontonnier A-L, Jalenques I. Patients souffrant de schizophrénie en EHPAD : quel rôle pour l'équipe de psychiatrie de secteur ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 août 2009;167(6):467-70.

10. Jovelet G. Ces psychotiques qui vieillissent. 1ère édition. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2017. 190 p. (Offre de soins en Psychiatrie).
11. Clesse C, Dumand I, Nassau E, Prudent C, Decker M, Savini C, et al. Représentations sociales du vieillissement des sujets porteurs de troubles psychiques : impacts et conséquences d'une double stigmatisation. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. oct 2016;16(95):291-9.
12. Roussel P, Giordano G, Cuenot M. De la difficulté d'estimer le handicap psychique dans une enquête en population générale. L'exemple de l'enquête Handicap-Santé. Bull Epidemiol Hebd. 2014;11:184-91.
13. Gohet P. L'avancée en âge des personnes handicapées Contribution à la réflexion. 2013 oct p. 80. Report No.: Rapport IGAS N° RM-2013.
14. Unafam. Les personnes handicapées psychiques vieillissantes. 2002 2003 p. 16.
15. Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 2ème édition. Elsevier Masson; 2012. 888 p.
16. Guillemette DF. Les « psychotiques vieillissants » en EHPAD : où ? quand ? comment ? pourquoi ? p. 37.
17. Ducoudray J-M, Eon Y, Provost CL, Leroux R, Rollin EO, Prévost P, et al. Le modèle « PATHOS », guide d'utilisation 2017. 2017;56.
18. Vahia I, Bankole AO, Reyes P, Diwan S, Palekar N, Sapra M, et al. Schizophrenia in later life. Aging Health. juin 2007;3(3):383-96.

19. Feki I, Medhaffar K, Sallemi R, Baati I, Trigui D, Masmoudi J. Observance et effets indésirables des neuroleptiques dans une population de patients âgés atteints de schizophrénie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. avr 2018;18(104):102-8.
20. Roblin J, Vaille-Perret E, Tourtauchaux R, Malet L, Galland F, Jalenques I. Qualité de vie, schizophrénie et avancée en âge. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juin 2009;167(5):392-6.
21. Limosin F. Schizophrénie et sujet âgé. *L'Encéphale*. janv 2009;35:S41-4.
22. Tiihonen J, Lää J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). 2009;374:8.
23. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess Early Mortality in Schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 28 mars 2014;10(1):425-48.
24. Loas G. Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. août 2009;167(6):446-9.
25. Ha C. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;9.
26. McAlpine D. Patterns of care for persons 65 years and older with schizophrenia. In: Carl I, Cohen MD, éditeurs. *Schizophrenia into later life : treatment, research and policy*. American Psychiatric Publishing. 2003. p. 3-18.

27. Perrin-Hayne J, Chazal J, Chantel C, Falinower I. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. DREES. 2011;22:4-15.
28. Jovelet G. Admission d'un sujet psychotique en Ehpad et vécu traumatique. Inf Psychiatr. 27 avr 2018;86:39-47.
29. Bowie CR, Tsapelas I, Friedman J, Parrella M, White L, Harvey PD. The Longitudinal Course of Thought Disorder in Geriatric Patients With Chronic Schizophrenia. Am J Psychiatry. avr 2005;162(4):793-5.
30. Raucher-Chéné D, Cuervo-Lombard C-V, Bera-Potelle C, Havet J-M. Schizophrénie du sujet âgé : particularités cliniques, cognitives et sociales. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. août 2011;11(64):157-65.
31. Jalenques I, Rachez C, Tourtauchaux R, Cellier Y, Legrand G. Patients souffrant de schizophrénie devenus âgés : aspects cliniques. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieillesse. sept 2011;(3):345–353.
32. Modestin J, Huber A, Satirli E, Malti T, Hell D. Long-Term Course of Schizophrenic Illness: Bleuler's Study Reconsidered. Am J Psychiatry. déc 2003;160(12):2202-8.
33. Jalenques I, Tourtauchaux R, Galland F, Pontonnier A-L, Legrand G, Vaillat-Perret E. Schizophrénie et vieillissement: aspects cliniques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. juin 2009;167(5):380.

34. Menecier P, Rouaud O, Arezes C, Nasr D, Menecier-Ossia L, Charvet-Blanc A, et al. Troubles bipolaires et démence : association fortuite ou filiation ? À propos d'un cas et revue de la littérature. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*. 2007;5:12.
35. Haustgen T, Sinzelle J. Emil Kraepelin (1856–1926) – 2. Le Traité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. nov 2010;168(9):716-9.
36. Lewandowski KE, Cohen BM, Öngur D. Evolution of neuropsychological dysfunction during the course of schizophrenia and bipolar disorder. *Psychol Med*. févr 2011;41(02):225-41.
37. Vöhringer PA, Barroilhet SA, Amerio A, Reale ML, Alvear K, Vergne D, et al. Cognitive Impairment in Bipolar Disorder and Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2013;4(87).
38. Lecardeur L, Benbrika S. Vieillessement cognitif dans le trouble bipolaire et la schizophrénie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. août 2016;16(94):233-7.
39. Polosan M, Palazzolo J, Gallarda T. Vieillessement, trouble bipolaire et schizophrénie. C.N.R.S Eds; 2006. 139 p.
40. Irani F, Brensinger CM, Richard J, Calkins ME, Moberg PJ, Bilker W, et al. Computerized Neurocognitive Test Performance in Schizophrenia: A Lifespan Analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. janv 2012;20(1):41-52.
41. Ting C, Rajji TK, Ismail Z, Tang-Wai DF, Apanasiewicz N, Miranda D, et al. Differentiating the Cognitive Profile of Schizophrenia from That of Alzheimer Disease and Depression in Late Life. Hashimoto K, éditeur. *PLoS ONE*. 12 avr 2010;5(4):e10151.

42. Diwan S, Cohen CI, Bankole AO, Vahia I, Kehn M, Ramirez PM. Depression in Older Adults With Schizophrenia Spectrum Disorders: Prevalence and Associated Factors. *Am J Geriatr Psychiatry*. déc 2007;15(12):991-8.
43. Felmet K, Zisook S, Kasckow J. Elderly Patients with Schizophrenia and Depression: Diagnosis and Treatment. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. janv 2011;4(4):239-50.
44. Zisook S, Nyer M, Kasckow J, Golshan S, Lehman D, Montross L. Depressive symptom patterns in patients with chronic schizophrenia and subsyndromal depression. *Schizophr Res*. sept 2006;86(1-3):226-33.
45. Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. sept 1997;154(9):1235-42.
46. Kilbourne AM, Cornelius JR, Han X, Haas GL, Salloum I, Conigliaro J, et al. General-Medical Conditions in Older Patients With Serious Mental Illness. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1 mars 2005;13(3):250-4.
47. Jeste DV, Gladsjo JA, Lindamer LA, Lacro JP. Medical Comorbidity in Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1 janv 1996;22(3):413-30.
48. Osborn DPJ, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. Relative Risk of Cardiovascular and Cancer Mortality in People With Severe Mental Illness From the United Kingdom's General Practice Research Database. *ARCH GEN PSYCHIATRY*. 2007;64:9.

49. Limosin F. Schizophrénie et vieillissement. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2012;170(4):275-7.
50. Legrand G, Tourtauchaux R, Jalenques I. Prescription d'antipsychotiques de deuxième génération chez les patients souffrant de schizophrénie devenus âgés. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2012;170(4):278-82.
51. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP, Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry.* 2004;65 Suppl 2:5-99.
52. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, Second Edition. *Am J Psychiatry.* 1 févr 2004;161(2 SUPPL.).
53. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry.* 1 juill 2012;13(5):318-78.
54. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry.* 1 févr 2013;14(1):2-44.

55. Desmidt T, Camus V. Psychotropes et sujet âgé. EMC - Psychiatr. janv 2011;8(2):1-13.
56. Jalenques I, Ortega V, Legrand G, Auclair C. Prescription et surveillance d'antipsychotiques chez les patients âgés souffrant de schizophrénie : pratiques des psychiatres et leurs déterminants. L'Encéphale. avr 2016;42(2):124-9.
57. Cohen L, Desmidt T, Limosin F. La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2014;172(9):781-4.
58. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
59. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative. 2ème édition. Vuibert; 2016. 256 p.
60. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Rev Med Mal. 2001;32(2):117-21.
61. Baribeau C, Royer C. L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. Rev Sci L'éducation. 2012;38(1):23.
62. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Citée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. 2009;20(88):106-12.
63. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147-81.

64. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Rech Qual.* 26(1):110-38.
65. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. 3ème édition. Armand Colin; 2009.
66. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57.
67. Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. 2016 avr p. 228. (Evaluation).
68. Merceron M. Les difficultés de communication verbale et non verbale du patient schizophrène vieillissant sont-elles un frein à l'intégration en EHPAD. *Rev Trimest FHF Ile--Fr.* 2008;43:14-9.
69. Bonsack C, Schaffter M, Singy P, Charbon Y, Eggimann A, Guex P. Étude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour suivi des troubles psychiatriques sévères dans la communauté. *L'Encéphale.* oct 2007;33(5):751-61.
70. Dorais M. Diversité et créativité en recherche qualitative. *Serv Soc.* 1993;42(2):7-27.

7 ANNEXES

7.1 *Guide d'entretien*

Bonjour, mon collègue et moi-même sommes internes en Médecine Générale et en Psychiatrie. Nous réalisons des entretiens avec des professionnels de santé exerçant en EHPAD dans le cadre de notre thèse de fin d'étude. Celle-ci porte sur le vécu et les attentes concernant la prise en charge des personnes âgées psychotiques vieillissantes en EHPAD.

Nous nous intéressons exclusivement aux patients ayant déjà un diagnostic de psychose chronique antérieurement à leur entrée en EHPAD.

Nous tenons à vous rappeler l'importance de chacune de vos interventions pour que l'on puisse recueillir le plus d'idée possible. Toutes les informations recueillies vont être enregistrées pour permettre une analyse ultérieure et seront traitées de façon anonyme. À tout moment de cet entretien et jusqu'à la rédaction de la thèse, vous pouvez exercer votre droit de rétractation.

1- Si on vous dit psychotique vieillissant, à quoi pensez-vous ?

- Relances* Qu'est-ce qu'un psychotique vieillissant pour vous ?
Racontez-moi une prise en charge d'un patient psychotique vieillissant dont vous vous souvenez ?
Y a-t-il pour vous une différence entre un patient/résident psychotique et un patient/résident non psychotique ?

Objectif : Représentation du psychotique vieillissant, idées reposant derrière le terme de psychotique vieillissant.

2- Comment vous êtes-vous formé à la prise en charge de cette population ?

- Quels cours avez-vous reçu dans votre cursus universitaire ?
Avez-vous eu une expérience préalable en psychiatrie (non psychiatre) ?
Avez-vous eu des formations complémentaires ?
 Si oui par quel biais ?
 Si non comment ressentez-vous votre manque de formation ? Donnez-moi un exemple

Objectif : Connaître le niveau de formation et les moyens de formation connus des soignants

- 3- Comment se passe l'accueil de ces patients dans cette structure ?
Comment sont réalisées les transmissions du dossier médical, de l'histoire de vie de ces patients ?
En quoi pensez-vous que l'établissement est adapté à leur accueil, quelles sont les limites ?
Mettez-vous en place des modalités d'accueil particulières, si oui lesquelles ?

Objectif : Connaître les moyens mis en place à l'accueil de cette population et évaluer la transmission des informations anamnestiques

- 4- Quel est votre ressenti global par rapport à ces patients ?
Êtes-vous à l'aise lors des moments d'échange avec ces patients ? Développez.
En quoi la prise en charge de ces patients vous paraît-elle adaptée ou non ?
Avez-vous eu des difficultés ? Si oui, racontez-moi une expérience où cela s'est mal passé
Selon vous, quelle est votre place dans la prise en charge de ces patients ?
Avez-vous des craintes lors de leur prise en charge ? Pourquoi ?

Objectif : Appréhender le vécu personnel et professionnel des professionnels

- 5- Avez-vous des échanges réguliers avec les autres intervenants auprès de ces patients ? Et avec qui ? Sous quelle forme (entretien, courrier...) ?
Comment communiquez-vous avec les autres intervenants ?
Lorsque vous atteignez des limites dans la prise en charge vers qui vous adressez-vous ?
Ces échanges répondent-ils à vos demandes ? Si non, pourquoi ?

Objectif : évaluer les échanges et leurs qualités entre les différents professionnels du réseau

- 6- Quelles sont vos attentes actuellement pour améliorer la prise en charge ?
Comment souhaiteriez-vous que soit organisée la prise en charge ?
Concernant l'orientation des soins, en cas de difficulté par exemple ?
Concernant votre formation ?
Comment améliorer les pratiques ?

Objectif : Connaître les besoins et idées des soignants concernant la prise en charge de ce type de population

7.2 Guide d'entretien n°2

(Présentation identique)

1- Si on vous dit psychotique vieillissant, à quoi pensez-vous ?

Relances Qu'est-ce qu'un psychotique vieillissant pour vous ?

Racontez-moi une prise en charge d'un patient psychotique vieillissant dont vous vous souvenez ?

Y a-t-il pour vous une différence entre un patient/résident psychotique et un patient/résident non psychotique ?

Objectif : Représentation du psychotique vieillissant, idées reposant derrière le terme de psychotique vieillissant.

J'aimerais vous apporter quelques précisions concernant la population des psychotiques vieillissants afin que nous soyons sûrs que l'on parle du même type de résident. Il s'agit de résidents présentant une psychose chronique ancienne. La schizophrénie, le trouble schizo-affectif, les délires chroniques non schizophréniques tels que les délires paranoïaques, la psychose hallucinatoire chronique et la paraphrénie en font partie. Les résidents présentant un trouble bipolaire (anciennement psychose maniaco-dépressive) n'en font pas partie.

2- Comment vous êtes-vous formé à la prise en charge de cette population ?

Quels cours avez-vous reçus dans votre cursus universitaire ?

Avez-vous eu une expérience préalable en psychiatrie (non psychiatre) ?

Avez-vous eu des formations complémentaires ?

Si oui par quel biais ?

Si non comment ressentez-vous votre manque de formation ? Donnez-moi un exemple

Objectif : Connaître le niveau de formation et les moyens de formation connus des soignants

3- Comment se passe l'accueil de ces patients dans cette structure ?

En quoi pensez-vous que l'établissement est adapté à leur accueil, quelles sont les limites ?

Mettez-vous en place des modalités d'accueil particulières, si oui lesquelles ?

Objectif : Connaître les moyens mis en place à l'accueil de cette population et évaluer la transmission des informations anamnestiques

- 4- Quel est votre ressenti global par rapport à ces patients ?
Êtes-vous à l'aise lors des moments d'échange avec ces patients ? Développez.
En quoi la prise en charge de ces patients vous paraît-elle adaptée ou non ?
Avez-vous eu des difficultés ? Si oui, racontez-moi une expérience où cela s'est mal passé
Selon vous, quelle est votre place dans la prise en charge de ces patients ?
Avez-vous des craintes lors de leur prise en charge ? Pourquoi ?

Objectif : Appréhender le vécu personnel et professionnel des professionnels

- 5- Vers qui vous adressez-vous lorsque vous atteignez les limites dans la prise en charge?
Ces échanges répondent-ils à vos demandes ? Si non, pourquoi ?
Comment communiquez-vous avec les autres intervenants ?

Objectif : évaluer les échanges et leurs qualités entre les différents professionnels du réseau en situation d'échec

- 6- Quelles sont vos attentes actuellement pour améliorer la prise en charge ?
Comment souhaiteriez-vous que soit organisée la prise en charge ?
Concernant l'orientation des soins, en cas de difficulté par exemple ?
Concernant votre formation ?
Comment améliorer les pratiques ?

Objectif : Connaître les besoins et idées des soignants concernant la prise en charge de ce type de population

7.3 Courriel d'invitation

Madame, Monsieur,

Comme convenu dans notre échange téléphonique, nous vous envoyons ce mail afin de vous préciser l'objectif et le contenu de notre travail.

Tout d'abord, nous vous remercions de prendre le temps de lire ces quelques lignes et de donner de l'intérêt à notre travail.

Nous sommes deux internes, l'un en Psychiatrie s'orientant vers la psychiatrie du sujet âgé, l'autre en Médecine Générale. Nous réalisons actuellement notre thèse de fin d'étude, qui comme vous le savez porte sur le « *Vécu et attentes dans la prise en charge des patients psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère* ».

Ce projet consiste en une étude qualitative visant faire à un état des lieux du ressenti, des difficultés potentielles et des attentes des soignants travaillant en EHPAD concernant la prise en charge des sujets psychotiques vieillissants.

Pour se faire, nous allons réaliser des entretiens semi-dirigés, à l'aide d'un questionnaire, en interrogeant tous les professionnels de santé afférés aux soins de ces patients, cela va du médecin psychiatre, au psychologue, en passant par les infirmiers, médecin généraliste, aide-soignant et médecin coordonnateur.

Pour vous, cela consiste donc simplement à la réalisation d'un entretien, durant une trentaine minutes, dont le son sera enregistré (afin de nous permettre de retranscrire l'intégralité de vos propos), et dont le contenu restera bien sûr strictement anonyme. Dans notre projet final figureront uniquement votre sexe, votre âge, votre profession, votre zone géographique de travail, votre mode d'exercice et votre ancienneté.

Pendant cet entretien, notre but sera exclusivement de récolter votre point de vue, votre vécu, vos attentes. Ce format d'étude ayant pour but de récolter un maximum de concepts, puis d'en déduire des hypothèses. Nous partons donc sans aucun a priori, il n'y a donc pas de « mauvaise réponse ». Pour nous, même des informations qui pourraient vous paraître d'un intérêt modéré, sont importantes !

A quel patient nous intéressons-nous ?

Pour notre thèse, nous nous intéresserons uniquement au patient ayant un diagnostic ou une notion de psychose chronique avant leur entrée en EHPAD.

Pourquoi ces patients, pourquoi ce travail ?

Ce travail est motivé tout d'abord par le fait que dans notre pays avec une population vieillissante, on retrouve de plus en plus de patients psychotiques résidant en EHPAD, structure qui n'est initialement pas prévue pour l'accueil de ce type de patient. Il est motivé également par le fait que la géronto-psychiatrie est en France une discipline en construction. Des pistes de solution, souvent à l'échelle locale, sont mises en place afin d'améliorer la prise en charge de ces patients ainsi que le confort des professionnels.

Notre but est donc de réaliser une évaluation des expériences des soignants dans la prise en charge des patients psychotiques vieillissants résidant en EHPAD en Isère. Par ailleurs nous souhaitons dessiner une ébauche de ce que pourraient être les solutions imaginées par vous afin d'améliorer cette organisation des soins.

Ainsi si vous êtes intéressés, et que vous souhaitez partager ce que vous vivez concernant cette partie de votre travail, nous attendons vos disponibilités pour un entretien. Nous essayerons dans la mesure du possible de nous tenir à votre disposition afin de vous permettre de faire cet entretien au moment le plus opportun pour vous.

Dans l'attente de votre réponse, nous vous remercions d'ores et déjà d'avoir pris le temps de nous répondre au téléphone et de lire ces quelques lignes.

Si vous êtes intéressé par notre travail et que vous souhaitez plus d'information, nous nous tenons là encore à votre disposition.

Très cordialement.

Boris Aloui

Interne en Psychiatrie

Adrien Di Nola

Interne en Médecine Général

7.4 Formulaire d'information et d'opposition



FORMULAIRE D'INFORMATION	
Titre identifiant la recherche : Vécu et attente dans la prise en charge des patients psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère : regard pluridisciplinaire de soignants.	
Médecin investigateur responsable de l'étude : ALOUÏ Boris DI NOLA Adrien Coordonnées : Alouï Boris Interne en Psychiatrie [Données à caractère personnel]	Personne responsable du traitement : CHU Grenoble Alpes Coordonnées : CHU Grenoble Alpes Direction à la Recherche Clinique et à l'Innovation Pavillon Dauphiné – Rez-de-chaussée CS 10217 38043 GRENOBLE Cedex 9 Tel : 04 76 76 59 57
Di Nola Adrien Interne en Médecine Général [Données à caractère personnel]	

GLOSSAIRE :

- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
Investigateur : ALOUÏ Boris et DI NOLA Adrien sous la direction de Dr COHEN Lora
Multicentrique : L'étude est réalisée dans plusieurs centres d'étude

Madame, Monsieur,

Les internes ALOUÏ Boris et DI NOLA Adrien vous propose de participer à une recherche sur données n'impliquant pas la personne humaine. Cette recherche est organisée par le C.H.U. GRENOBLE Alpes.

Cette recherche concerne un état des lieux du ressenti et des attentes des soignants travaillant en EHPAD concernant la prise en charge des sujets psychotiques vieillissant en Isère.

Vous êtes libre de participer ou non à cette recherche. Votre refus n'a pas à être justifié. Vous avez également le droit à tout moment de vous opposer à l'utilisation de vos données de santé sans encourir aucun préjudice de ce fait.

BENEFICES, CONTRAINTES ET RISQUES

Cette recherche sur données ne vous procurera pas de bénéfice direct du fait de votre participation. Mais elle permettra aux médecins de mieux comprendre les besoins ressentis par les praticiens en Isère dans leur prise en charge des patients psychotiques vieillissants en EHPAD.



CONFIDENTIALITE DES DONNEES VOUS CONCERNANT

Dans le cadre de la recherche n'impliquant pas la personne humaine à laquelle le CHU Grenoble Alpes vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière. A cette fin, les données socio-démographiques vous concernant (sexe, âge, profession, mode d'exercice, secteur géographique de votre emploi, ancienneté au sein de votre structure) seront transmises à la personne responsable du traitement de la recherche. Ces données seront identifiées par un numéro de code. Ces données pourront également être utilisées lors de recherches ultérieures exclusivement à des fins scientifiques.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, la personne responsable du traitement a procédé à une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR003 auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Les données sont stockées sur les ordinateurs des deux investigateurs de la recherche. La personne responsable du traitement procédera à la collecte de ces données via une feuille nommée « Données socio-démographiques » que vous remplirez en début d'entretien.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Si vous êtes opposé(e) à l'utilisation de vos données, merci de bien vouloir remplir et signer ce formulaire.



FORMULAIRE D'OPPOSITION

Titre identifiant la recherche : Vécu et attente dans la prise en charge des patients psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère : regard pluridisciplinaire de soignants.

Médecin investigateur responsable de l'étude :

ALOUÏ Boris

DI NOLA Adrien

Coordonnées :

Aloui Boris

Interne en Psychiatrie

[Données à caractère personnel]

Di Nola Adrien

Interne en Médecine Général

[Données à caractère personnel]

Personne responsable du traitement :

CHU Grenoble Alpes

Coordonnées :

CHU Grenoble Alpes

Direction à la Recherche Clinique et à l'Innovation

Pavillon Dauphiné – Rez-de-chaussée

CS 10217 38043 GRENOBLE Cedex 9

Tel : 04 76 76 59 57

A REMPLIR PAR LE PATIENT

Je soussigné(e) Madame/Monsieur (nom et prénom) demande à faire valoir mon droit d'opposition à l'utilisation de mes données à caractère personnel dans le cadre de cette recherche. De ce fait, je refuse que des données socio-démographiques soient recueillies et soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

Date : ___/___/___

Signature :

7.5 Liste des catégories

<u>Adaptation de la prise en charge</u>	
Adaptation de la prise de charge à la structure	Retentissement de l'état de l'EHPAD sur la prise en charge
Adaptation de la prise en charge au contexte	Suivi extérieur à l'EHPAD, facteur d'inadéquation des décisions
Adaptation de la prise en charge au vieillissement des PV	Adaptation des professionnels d'EHPAD par rapport au PV
Adaptation de la prise en charge aux autres professionnels	Consultation conjointe
Confrontation des affirmations des PV au vécu/à la réalité des soignants d'EHPAD lors des consultations externes	Hospitalisations de rupture
Manque de personnel : cause de sur-médication	Moyens d'adaptation envisagés par l'EHPAD au PV
Prise en charge externe adaptée au contexte de l'EHPAD +	Retentissement de la prévention en début de décompensation
Prise en charge externe adaptée au contexte de l'EHPAD -	Adaptation des soignants aux PV par rapport aux personnes âgées non PV

<u>Activité du PV</u>	
Activité des PV, partie intégrante de la prise en charge	Maintenir les gestes de la vie quotidienne, facteur de stabilité du PV
Activité en EHPAD adaptée au PV +	Perte des activités de vie quotidienne en EHPAD
Activité en EHPAD adaptée au PV -	Sortir régulièrement du cadre de l'EHPAD, un moyen d'apaisement pour les PV et soignants
Activité extérieure à l'EHPAD des PV	

<u>Représentation des soignants concernant les PV</u>	
Ressenti des professionnels par rapport à la prise en charge	Psychose, une maladie à vie
Apport du PV aux professionnels	PV, une vie institutionnelle
Autonomie physique du PV	PV, un patient sujet au vieillissement
Compréhension du soignant de la prise en charge +	Ressenti des professionnels par rapport aux PV +
Compréhension du soignant de la prise en charge -	Ressenti des professionnels par rapport aux PV -
Dépendance du PV à la structure	Retentissement de la psychose sur le PV
EHPAD : dernier lieu de vie, retentissement sur les patients	Solitude du PV
Le PV, un patient potentiellement dangereux	Symptômes psychiatriques du PV
Psychose vieillissante, un handicap	

<u>Accueil du PV en EHPAD</u>	
Accueil du PV = non PV	Temps d'accueil temporaire
Age d'entrée en EHPAD	Travail pour l'admission du PV
Information à récupérer à l'admission	Préadmission du PV hiérarchisée
Préparation à l'entrée en EHPAD du PV par l'équipe psychiatrique	Adaptation du PV à l'arrivée en EHPAD
Ressenti des professionnels à l'admission des PV	

<u>Suivi psychiatrique</u>	
Absence de relais	Suivi psychiatrique des PV
Accès au suivi psychiatrique +	Suivi psychiatrique des PV avant l'EHPAD
Accès au suivi psychiatrique -	Suivi psychiatrique facteur de stabilité
Disponibilité du psychiatre, facteur limitant la prise en charge	Manque de temps des psychiatres
Retentissement du manque de suivi psychiatrique sur l'EHPAD	Avant l'admission, un besoin d'engagement au suivi psychiatrique

<u>Attentes des professionnels</u>	
Amélioration de la communication envisagée	Unité de gérontopsychiatrie en EHPAD
Attente de l'EHPAD des prises en charge externes	Connaissance des réseaux de prise en charge des PV +
Cotation acte pour les médecins généralistes pour les PV	Connaissance des réseaux de prise en charge des PV -
Moyens professionnels envisagés pour les PV en EHPAD (autre type de professionnel)	Réorientation des PV vers structures spécifiques
Ressenti des professionnels sur l'avenir	

<u>Cohabitation des PV avec les autres résidents</u>	
Age PV en EHPAD inférieur aux personnes âgées non PV en EHPAD	Interaction PV vs résidents non PV +
Différence d'autonomie des PV avec les autres résidents d'EHPAD	Interaction PV vs résidents non PV -
Différence de droits des PV par rapport aux PA non PV, une injustice pour certains soignants	Interactions résidents non PV avec PV +
Différences PV vs résidents non PV	Interactions résidents non PV avec PV -
Durée de séjour PV vs résidents non PV	

<u>Formation</u>	
Connaissance de la psychose par les soignants	Formation informelle par les pairs
Connaissance des psychotropes par les médecins généralistes	Limites de la formation théorique
Facteurs limitants la formation	Retentissement du manque de formation
Formation autodidacte	Utilité de la formation +
Formation par la pratique	Utilité de la formation -
Formation universitaire des soignants	Expérience professionnelle du soignant

<u>Organisation de la prise en charge</u>	
Supervision du personnel d'EHPAD par le psychiatre	Hiérarchisation des moyens de PEC +
Temps dédié à la prise en charge	Hiérarchisation des moyens de PEC -
Temps imparti à la connaissance du patient	Hospitalisation séquentielle
Retentissement de la T2A	Organisation de la prise en charge des PV en EHPAD
Délégation de tâche en EHPAD	Retentissement du vécu des soignants sur la prise en charge
Planification de la durée de prise en charge	Prise en charge pluridisciplinaire du PV +
Retentissement de l'individu dans la prise en charge	Prise en charge pluridisciplinaire du PV -
Cadre institutionnel, partie intégrante de la prise en charge	Place de l'écoute dans la prise en charge
Perte de temps	

<u>Communication autour des PV</u>	
Liaison avec le CMP +	Communication interne autour du patient -
Liaison avec le CMP -	Liaison de l'EHPAD avec EMPSA +
Communication externe autour du patient +	Liaison de l'EHPAD avec EMPSA -
Communication externe autour du patient -	Liaison entre CMP et médecin traitant
Communication interne autour du patient +	Liaison entre psychiatre et les équipes d'EHPAD

<u>Rôles des soignants</u>
Place du psychologue en EHPAD
Rôle du médecin coordonnateur pour lui-même
Rôle du psychiatre pour lui-même

<u>Le PV dans sa prise en charge</u>
Implication du PV dans le choix de la prise en charge
Implication de l'entourage du PV dans le choix la prise en charge
Finances des PV, facteur limitant la prise en charge

<u>Relation entre professionnels</u>	
Relation entre médecins et autres professionnels	Ressenti des professionnels par rapport à l'EMPSA
Relation du psychiatre avec les autres professionnels	Ressenti des professionnels par rapport aux autres professionnels +
Relation EHPAD – Clinique psychiatrique	Ressenti des professionnels par rapport aux autres professionnels -
Relation EHPAD – médecin traitant	Relation de confiance des soignants, facteur de bonne prise en charge
Relation EHPAD par rapport aux autres intervenants non liés à la psychiatrie	Solitude du soignant
Relation des professionnels de l'EHPAD avec l'EMPSA	Attitude des professionnels par rapport aux autres professionnels
Relation CMP – EHPAD +	Connaissance personnelle des soignants, facteur de bonne prise en charge
Relation CMP – EHPAD -	

<u>Traitements médicamenteux</u>	
Adaptation du traitement au vieillissement du PV	Iatrogénie des psychotropes
Compliance au traitement	Traitement médicamenteux des PV +
Conséquence somatique des psychotropes	Traitement médicamenteux des PV -
Effet cognitif des psychotropes sur les PV	

<u>Situation de crise</u>	
Attitude des professionnels en situation de crise	Mauvaise adaptation du traitement, facteur de décompensation du PV
Causes d'hospitalisation du PV	Hospitalisation en psychiatrie en situation d'urgence +
Conséquences hospitalisation du PV +	Hospitalisation en psychiatrie en situation d'urgence -
Conséquences hospitalisation du PV -	Relation de l'EHPAD avec les services d'urgences
EHPAD, un lieu inadapté au PV en décompensation	Savoir repérer les situations à risques
Isolement de l'EHPAD en situation de crise	Service d'urgences, dernier recours mais inadapté
Gestion de l'imprévue dans la prise en charge des PV en EHPAD	

<u>Relation soignant – PV</u>
Confiance du PV vis-à-vis des soignants
Attitude des professionnels par rapport aux PV +
Attitude des professionnels par rapport aux PV -
Retentissement sur le PV de la familiarité avec les lieux de soins

<u>Les réseaux de soins</u>	
Fonctionnement du CMP	Recours externe d'évaluation gériatrique
Fonctionnement EMSPA +	Représentation du fonctionnement des CMP pour le personnel d'EHPAD
Fonctionnement EMSPA -	Ressenti des professionnels par rapport aux hôpitaux psychiatriques
Manque de personnel en CMP	Pertinence des réponses apportées -
Recours d'aide à la prise en charge externe +	Pertinence des réponses apportées +
Recours d'aide à la prise en charge externe -	Isolement géographique de l'EHPAD, facteur limitant aux recours externes

<u>EHPAD</u>	
Fonctionnement EHPAD +	Un cadre institutionnel en EHPAD +
Fonctionnement EHPAD -	Un cadre institutionnel en EHPAD -
La psychiatrie en EHPAD vs milieu spécialisé	Restriction de liberté en EHPAD
Limite de l'EHPAD	Différence EHPAD vs hôpital
Manque de personnel en EHPAD	Effet de la gestion administrative de l'EHPAD sur le PV
Budget des EHPAD +	EHPAD inadaptée au PV autonome
Budget des EHPAD -	EHPAD plus adaptée au PV déficitaire
Turn-over des soignants en EHPAD	EHPAD, unique lieu d'accueil après 60 ans
Similitudes des EHPAD avec les hôpitaux psychiatriques	EHPAD, un lieu inadapté à l'accueil du PV

<u>Entourage du PV</u>	
PV : une charge trop lourde pour la famille	Effet de l'entourage sur les PV
Relation de couple du PV	Famille des PV +
Ressenti de la famille des PV par rapport à la prise en charge	Famille des PV -
Retentissement de la psychose sur l'entourage du PV	

7.6 Déclaration de conformité à la méthodologie de référence

MR003

CNIL

5, rue de Valenciennes - 75009 PARIS cedex 09
T 01 53 73 22 22 F 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

1987785 v 0

du 02 septembre 2016

Monsieur DUCKI Camille
CHU GRENOBLE ALPES
CAMILLE DUCKI
CS 10217
38043 GRENOBLE CEDEX 9

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site Internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : CHU GRENOBLE ALPES

Service : DRCI

Adresse : CS 10217

Code postal : 38043

Ville : GRENOBLE CEDEX 9

N° SIREN ou SIRET :

263800302 00014

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 0476767575

Fax : 04 76 76 71 10

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Oui

Fait à Paris, le 02 septembre 2016

Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente