



**HAL**  
open science

# Analyse qualitative du vécu et des attentes des soignants dans la prise en charge des patients psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère

Adrien Di Nola

► **To cite this version:**

Adrien Di Nola. Analyse qualitative du vécu et des attentes des soignants dans la prise en charge des patients psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03845776

**HAL Id: dumas-03845776**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03845776v1>**

Submitted on 9 Nov 2022

**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.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2022

**ANALYSE QUALITATIVE DU VÉCU ET DES ATTENTES DES  
SOIGNANTS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS  
PSYCHOTIQUES VIEILLISSANTS EN EHPAD EN ISÈRE**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. Adrien DI NOLA

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE  
Le 12/10/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Dr Boris ALOUI (directeur de thèse)

M. le Pr Thierry BOUGEROL

M. le Pr Pascal COUTURIER

*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*

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
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 cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
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
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
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	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thiery	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
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

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERARD DUMESTRE Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	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 Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
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	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
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 émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## **RÉSUMÉ**

**Introduction** : La politique de sectorisation initiée dans les années 1960 et l'augmentation de l'espérance de vie des patients souffrant de psychose ont eu pour conséquence le transfert de ces patients de l'hôpital vers les EHPAD. Bien qu'il existe des points communs entre la prise en charge de patients souffrant de pathologies démentielles et celle de patients psychotiques, ce transfert de charge ne relève pas de l'évidence. *Jovelet* dans son livre *Ces psychotiques qui vieillissent*, pose la question du vécu et des attentes des soignants intervenant auprès de ces patients.

**Objectif** : L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu et les attentes des soignants impliqués dans la prise en charge des résidents psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère.

**Matériels et Méthodes** : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés auprès d'un échantillon raisonné de différentes catégories professionnelles entre juillet 2018 et avril 2022. L'analyse des données est inspirée de la théorisation ancrée.

**Résultats** : Treize entretiens ont été réalisés et leur analyse a mis en évidence un double ressenti négatif, concernant la prise en charge (personnel trop peu nombreux, manque de temps et de formation, manque de communication, manque d'accès au suivi psychiatrique, activités en EHPAD inadaptées...) mais aussi concernant les résidents psychotiques vieillissants (comportements hétéro-agressif, patients « chronophages », difficultés d'intégration dans l'EHPAD...). Ce ressenti reste cependant à relativiser, certains soignants exprimant un enthousiasme dans la prise en charge de ces patients, voir un réel sentiment de réussite grâce à l'investissement d'acteurs locaux. De nombreuses pistes de solutions faisant écho aux problématiques soulevées ont également été rapportées.

**Conclusion** : Ce transfert de patients vers les EHPAD peut occasionner un vécu négatif pour les soignants, mais des solutions existent. Certaines sont déjà mises en place, d'autres relèvent des attentes. La réalisation d'études complémentaires dans d'autres territoires que l'Isère et directement auprès de résidents souffrant de psychose permettra d'apporter de nouveaux éléments de réponse dans un but d'amélioration de la prise en charge de ces patients.

**Mots-clés** : Psychotique vieillissant ; EHPAD ; Prise en charge ; Vécu

## **ABSTRACT**

**Title** : Qualitative analysis of the experiences and expectations of caregivers in the care of aging psychotic patients in ehpad in isère

**Introduction** : The policy of sectorization initiated in the 1960s and the aging of the population resulted in the transfer of aging psychotic patients from the hospital to the EHPAD. Although there are commonalities between the care of patients suffering from demented pathologies and that of psychotic patients, this transfer of responsibility is not obvious. Jovelet in his book *These psychotics who age*, raises the question of the experience and expectations of caregivers intervening with these patients.

**Objective** : The objective of this study is to explore the experience and expectations of caregivers involved in the care of aging psychotic residents in nursing homes in Isère.

**Materials and methods** : Qualitative study by semi-directed individual interviews conducted with a reasoned sample of different professional categories between July 2018 and April 2022. The data analysis is inspired by grounded theory.

**Results** : Thirteen interviews were conducted and their analysis revealed a double negative feeling, concerning care (too few staff, lack of time and training, lack of communication, lack of access to psychiatric follow-up, unsuitable nursing home activities, etc.), but also concerning aging psychotics (hetero-aggressive behavior, “time-consuming” patients, difficulties integrating into nursing homes, etc.). However, this feeling remains to be put into perspective, with some caregivers expressing enthusiasm in the care of these patients, seeing a real feeling of success thanks to the investment of local actors. Many possible solutions echoing the issues raised were also reported.

**Conclusion** : This transfer of patients to EHPADs can cause a negative experience for caregivers, but solutions exist. Some are already in place, others are expected. The realization of additional studies in territories other than Isère and directly with residents suffering from psychosis will provide new elements of response with the aim of improving the care of these patients.

**Keywords** : Elderly psychotic, Nursing homes, Care, Experience

## **REMERCIEMENTS**

**A Monsieur de Professeur Patrick IMBERT**, vous me faites l'immense honneur de présider ce jury, je vous prie de recevoir l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

**A Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL**, votre présence dans ce jury est un honneur, je vous remercie du temps que vous me consacrez.

**A Monsieur le Professeur Pascal COUTURIER**, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et d'avoir pris sur votre temps malgré toutes vos obligations.

**Aux professionnels qui ont participé à cette étude**, merci pour votre temps, et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

**A mes parents**, qui ont tant donné pour faire de moi ce que je suis.

A ma mère, pour toute l'énergie que tu as passée pour nourrir ma curiosité et pour tout le soutien que tu m'as apporté dans ce cursus.

A mon père, pour avoir si bien stimulé mon imagination et ma créativité, et pour ces si belles valeurs que tu m'as transmises.

**A mes frères, à ma sœur**, pour votre présence, votre soutien votre amour inconditionnel malgré les épreuves.

**A Boris**, effectivement, soyeuse et nacrée. Merci pour ta patience, tes conseils, ton calme, et surtout pour ton amitié, j'en estime pleinement la valeur.

**A Dhondt**, tu es mon pilier, tu me portes et me supportes, quoi te dire si ce n'est que je t'aime bro.

**A Thomas**, mon troubadour préféré, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de te rappeler ton importance.

**A Zoé**, pour tous ces chouettes moments, et pour ton aide précieuse dans la rédaction de cette thèse, j'espère être capable de t'en rendre autant.

**A Hugo**, pour ta présence, pour les rires, pour ta douceur et ta bienveillance, et pour cet accent de pécore que tu maîtrises à la perfection et qui me fait hurler de rire.

**A cette bande de paraphiles déviants** qui me servent de potes, Justin, Régis, Basset, Barry, Margaux, Brochier, Noémie, Curt, Mounier, Elise, Hélène, Solène, Jess... vous êtes mes héros. Je vous aime !

## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

CMP : Centre Médico-Psychologique

DGOS : Direction générale de l'Offre de soins

DPC : Développement professionnel continu

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

PPA : Psychiatrie de la Personne Âgée

Psy : Psychiatre

PV : Psychotique Vieillissant

VAD : Visite à domicile

# **SOMMAIRE**

1. INTRODUCTION.....	13
1.1 Offre de soins en psychiatrie du sujet âgé .....	13
1.2 La psychose .....	14
1.3 Vieillesse et évolution des lieux de vie.....	15
1.4 La prise en charge des patients souffrant de psychoses en EHPAD .....	16
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....	18
2.1 Équipe de recherche .....	18
2.2 Contexte de l'étude .....	18
2.3 Objectif et choix de la méthode .....	19
2.4 Recueil d'informations et guide d'entretien .....	19
2.5 Critères d'inclusion et méthode de recrutement.....	22
2.6 Déroulement des entretiens .....	23
2.7 Fin du recueil des données .....	23
2.8 Analyse des données .....	24
2.8.1 Retranscription des entretiens .....	24
2.8.2 Codification.....	24
2.8.3 Catégorisation.....	25
2.8.4 Mise en relation, théorisation et intégration.....	25
2.8.5 Corroboration des résultats par les participants .....	25
2.8.6 Dimension éthique de l'étude.....	25
3. RÉSULTATS.....	26
3.1 Caractéristiques de la population étudiée.....	27
3.2 Analyse qualitative .....	29
3.2.1 Un double ressenti négatif .....	29
3.2.2 Des solutions déjà mises en place ou envisagées dans certains EHPAD ...	56
3.3 Corroboration des résultats par les participants.....	72
4. Discussion.....	73
4.1 Synthèse et critique des résultats.....	73
4.2 Forces et limites de l'étude .....	81
4.2.1 Méthode.....	81

4.2.2	Échantillonnage .....	82
4.2.3	Recueil des données .....	82
4.2.4	Analyse.....	84
5.	Conclusion .....	85
6.	Bibliographie .....	86
7.	Annexes.....	91
7.1	Guide d’entretien N°1 .....	91
7.2	Guide d’entretien N°2 .....	94
7.3	Courriel d’invitation.....	96
7.4	Formulaire d’information et d’opposition .....	98
7.5	Déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR003.....	101
7.6	Liste des codes et catégories .....	102

# **1. INTRODUCTION**

## **1.1 OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE DU SUJET AGE**

La politique de secteur en psychiatrie issue de la circulaire ministérielle du 15 mars 1960 se donnait pour objectif 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. » (1).

L'offre de soins en psychiatrie du sujet âgé s'inscrit aujourd'hui dans sa continuité. La circulaire du 30 avril 2007 a encouragé la création locale de dispositifs de prise en charge sur trois niveaux. Le niveau 1, dit de proximité, a pour but de dépister et d'orienter les personnes âgées vers des soins spécialisés. Le niveau 2, départemental, a pour but la coordination territoriale, la mise en place d'équipes mobiles intersectorielles d'experts, la création d'hôpitaux de jour et de lits d'hospitalisation dédiés aux sujets âgés. Enfin, le niveau 3, régional, comprend les centres de référence d'enseignement et de formation, de recherche et d'expertise des cas complexes (2,3).

## **1.2 LA PSYCHOSE**

La notion de maladie psychotique ou de psychose ne fait pas consensus dans la littérature. On retrouve dans le *Dictionnaire de psychiatrie de P. Juillet* (4) une approche clinique de la définition de psychose. L'auteur y décrit une « symptomatologie majeure, caractéristique s'il s'agit par exemple d'idées délirantes ou d'hallucinations ; une altération du contact avec ce qu'il est convenu d'appeler la réalité ; une diminution ou une absence de conscience et de critique vis-à-vis du vécu pathologique, avec croyance à son égard ; d'importantes altérations de la personne, fréquemment accompagnées de perturbations de la relation au monde extérieur, en particulier des conduites, avec parfois isolement ; une impression générale d'étrangeté des troubles ; une évolution le plus souvent réservée ». *Juillet* rajoute par ailleurs que « de tels critères sont inconstants, voire controversés. Mais [que] dans la pratique quotidienne, ce sont bien à ces caractéristiques cliniques que fait appel la majorité des psychiatres ». Cette définition, qui n'a pas pour objectif une théorisation de la psychose, permet de rendre « compte des habitudes de son époque » (5) et offre un cadre général à la réalisation de cette étude.

En termes de pathologies, la psychose inclut généralement la schizophrénie, les troubles schizo-affectifs, les délires chroniques non schizophréniques (délires paranoïaques, paraphrénie et psychose hallucinatoire chronique) (2). Dans cette étude, le terme « psychotiques vieillissants » s'intéressera aux patients souffrant de ces pathologies et âgés de plus de 60 ans dont le diagnostic est ancien. Les troubles bipolaires et les pathologies d'apparition tardive seront exclus.

### **1.3 VIEILLISSEMENT ET EVOLUTION DES LIEUX DE VIE**

Selon l'institut National d'Etude Démographique, en 1907 les personnes de plus de 60 ans représentaient 12,8 % de la population, en 2007 ce chiffre atteint 21,7 % (6). Ce vieillissement général de la population se retrouve aussi chez les sujets atteints de psychose. En France, la prévalence des troubles psychotiques, bien que difficile à estimer, se situerait entre 0.5 et 2 % de la population (7), et un patient schizophrène sur sept aurait plus de 60 ans (8). L'espérance de vie de ces patients s'élève à environ 70 ans (9).

Ce vieillissement pose la question des lieux de vie de ces personnes. Jusqu'en 1960, avant l'avènement des neuroleptiques et de la mise en place de politiques de secteur en psychiatrie, les patients souffrant de psychoses vivaient et mourraient en hôpital psychiatrique. Dans les années 70-80, sous l'influence de la sectorisation, est apparu un mouvement de désinstitutionalisation avec la création de structures dites « intermédiaires » tels que les foyers, les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et surtout les maisons de retraite. Depuis, la capacité d'accueil des unités psychiatriques s'est progressivement réduite de 85.000 lits à 43.000 et ces dernières hébergent soit les patients souffrant de psychoses réfractaires soit des patients souffrant de psychose stabilisée, mais isolés socialement et en attente d'un transfert en maison de retraite (6). Quant aux patients ayant pu préserver une insertion sociale, ils vivent pour deux tiers en milieu familial. Les difficultés occasionnées par leur pathologie psychiatrique et leur vieillissement ne laissent généralement à terme qu'une seule alternative : l'entrée en maison de retraite. Ainsi, pour une large part de cette population, il semble que l'entrée en EHPAD soit finalement une issue commune (6). À ce jour, entre 35.000 et 40.000 résidents psychotiques séjourneraient dans ces établissements (10).

## **1.4 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE PSYCHOSES**

### **EN EHPAD**

Le transfert de patients des hôpitaux psychiatriques aux EHPAD peut paraître répondre à une certaine logique. *Guillemette*, fait un parallèle entre la prise en charge des patients vieillissants souffrant de psychose et des patients souffrant de pathologies démentielles habituellement pris en charge dans ces établissements. Elle soulève des « points communs » : une architecture spécifique, un « arsenal thérapeutique » proche, l'intervention des mêmes professionnels, des objectifs semblables (maintien ou développement de l'autonomie, aide à l'hygiène, activité psychomotrice, stimulation). Outre ce parallèle, elle pose également les questions suivantes : l'EHPAD est-il bien adapté à l'accueil des psychotiques ? L'architecture prônée en EHPAD est-elle adaptée au milieu psychiatrique ? Permet-elle un espace « contenant » calme et tranquille ? « Qu'est-ce que la liberté d'aller et venir pour un dément ? Un psychotique ? », « L'entourage quotidien, les activités et stimulation sont-ils communs aux uns et aux autres », « les réseaux de prise en charge sont-ils les mêmes ? »...(11) Ces nombreuses questions, aux réponses complexes, semblent démontrer que l'hébergement des psychotiques en EHPAD ne relève pas de l'évidence.

*Jovelet*, dans son livre *Ces psychotiques qui vieillissent* (12), écrit : « la psychiatrie se défausse 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. ». Par ce commentaire et par le rapport de témoignages de soignants exerçant en EHPAD au sujet des difficultés occasionnées par l'hébergement des psychotiques vieillissants, il pose la question du

vécu et des attentes des soignants dans la prise en charge de ces patients en EHPAD.  
Cette étude va tenter d'apporter des éléments de réponse.

## **2. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **2.1 ÉQUIPE DE RECHERCHE**

L'équipe de recherche est constituée d'un interne en Médecine Générale et d'un interne en Psychiatrie (devenu médecin psychiatre au cours de l'étude). Ils se connaissaient avant d'entreprendre ce travail. Il s'agit de la première étude réalisée par ces deux auteurs.

### **2.2 CONTEXTE DE L'ETUDE**

Cette étude s'inscrit dans la continuité d'un travail de recherche initié en 2018 par les mêmes auteurs. À cette époque, pour des raisons de limite de temps dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine, il avait été décidé de réaliser une analyse sur des données préliminaires (2). Ce travail a donc pour but de compléter le recueil de données ainsi que de poursuivre et d'approfondir l'analyse des données recueillies.

L'analyse de données préliminaires n'avait pas été prévue initialement dans le protocole de recherche.

La méthodologie employée dans le recueil et l'analyse des données a peu été modifiée entre temps. Les éventuelles modifications prévues par la méthodologie qualitative seront précisées ci-après.

Il est donc attendu que certains éléments retrouvés dans l'analyse préliminaire se confirment dans l'analyse finale.

## **2.3 OBJECTIF ET CHOIX DE LA METHODE**

L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu et les attentes de professionnels au sujet et de la prise en charge des psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère. Une méthodologie qualitative a été utilisée. La grille *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) a été suivie pour l'élaboration du protocole (13).

## **2.4 RECUEIL D'INFORMATIONS ET GUIDE D'ENTRETIEN**

Le recueil de l'information a été fait à travers la réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels, non répétés, et basés sur un guide d'entretien.

Comme précisé dans la méthodologie décrite dans le travail d'analyse préliminaire des données (2), après une large recherche bibliographique sur le sujet d'étude, les thèmes d'intérêts suivant ont été définis :

- 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 à questions ouvertes, abordant tous les thèmes retenus a donc été élaboré (**Annexe 1**). Chaque question a été complétée par des questions de relance afin d'approfondir le développement des interviewés. Étant donné le constat de prescriptions inappropriées de psychotropes, en particulier chez les sujets âgés (14) il a été décidé de rajouter une question à l'intention exclusive des médecins généralistes qui sont en charge du suivi des patients psychiatriques dans 20 à 80 % des cas selon les établissements (12). Elle aborde le thème des traitements médicamenteux, de leur initiation, leur renouvellement et les modalités de surveillance spécifiques. Dans la mesure où les prescriptions de psychotropes par les psychiatres semblent en accord avec les recommandations de prise en charge (15), cette question apparaissait moins pertinente et ne leur a donc pas été posée. Elle n'apparaissait pas non plus pertinente pour les corps de métier n'ayant pas un rôle de prescription et ne leur a donc pas été soumise.

Le guide a été soumis et corrigé par plusieurs médecins exerçant en Psychiatrie du sujet âgé. Un premier entretien « test » a été mené (entretien 1). Dans la mesure où cet entretien a été informatif, les données ont été intégrées dans l'analyse. Une introduction à ce guide d'entretien a été rédigée et soumise aux soignants interrogés. Elle a pour but un bref rappel des enjeux de l'entretien, et d'une définition de la population étudiée. En effet, il est apparu que les représentations de certains professionnels autour du terme de « psychotique vieillissant » incluaient parfois les syndromes démentiels, les « psychoses maniaco-dépressives » ou des troubles liés à l'usage de l'alcool. Le cas échéant, un bref rappel de la définition de la psychose vieillissante leur a été proposé. Cette introduction a également pour objectif de mettre l'interviewé à l'aise en lui rappelant l'importance de toutes ses interventions, l'anonymisation ultérieure de l'entretien ainsi que son droit de rétractation.

Ce guide a été remanié à l'issue du sixième entretien, essentiellement sur la forme et non sur le fond (**Annexe 2**). En effet, la question 5, trop fermée, ne fournissant pas assez de réponses, a été remplacée par une des questions de relance.

Enfin, dès les premiers entretiens, les professionnels ont parfois abordé des thèmes en avançant l'ordre des questions. Il a été décidé de ne pas les interrompre et de les laisser s'exprimer le plus librement possible. De fait, l'ordre des questions n'a pas été systématiquement suivi. Et certaines questions dont le thème avait déjà été suffisamment abordé n'ont pas été soumises de nouveau.

## **2.5 CRITERES D'INCLUSION ET METHODE DE RECRUTEMENT**

Les critères d'inclusion définis au préalable n'ont pas été modifiés par rapport à la première partie de l'étude (2) et sont les suivants :

- 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 soignants.
- 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.

Le recrutement a été mené par deux moyens. D'un part, par une méthode de proche en proche dite « en boule de neige », en sollicitant les contacts personnels et professionnels des auteurs. D'autre part, les auteurs disposaient d'un répertoire des 71 EHPAD recensés sur les secteurs psychiatriques concernés, fourni par l'EMPSA. Le premier contact se faisait dans ce cas via les médecins coordonnateurs par téléphone afin de prendre connaissance de la présence ou non de patients psychotiques hébergés dans leur établissement. Après une explication orale du sujet et sous couvert d'un accord de principe de participation, un courriel récapitulatif des modalités de l'étude a été envoyé (**Annexe 3**). Concernant le recrutement des médecins généralistes, il a été systématiquement demandé aux médecins coordonnateurs les coordonnées des médecins prenant en charge les patients psychotiques vieillissants hébergés dans leur EHPAD. Le même procédé de recrutement a par la suite été réalisé. Concernant les psychiatres, le courriel d'invitation a été envoyé via la *mailing-list* du Centre Hospitalier Alpes Isère.

## **2.6 DEROULEMENT DES ENTRETIENS**

Les entretiens ont été menés soit en présentiel soit en visioconférence sur le lieu de travail des professionnels dans une pièce permettant d'assurer la confidentialité des propos émis, à l'exception d'un entretien qui s'est déroulé en présentiel au domicile d'un médecin généraliste. Lors des entretiens, étaient présents uniquement la personne interrogée et l'investigateur.

Avant l'entretien, les auteurs ont recueilli les caractéristiques socio-démographiques des interviewés (genre, âge, profession, secteur psychiatrique d'exercice, ancienneté d'exercice dans la structure).

Après accord oral, l'entretien fut enregistré à l'aide d'une application de dictaphone sur *smartphone*. Des notes manuscrites ont été prises afin de retranscrire ce qui relève de la communication non-verbale. Il n'y avait pas de limites imposées dans la durée des entretiens.

En fin d'entretien, un formulaire d'information et d'opposition concernant l'utilisation de l'ensemble des données a été remis aux personnes interrogées (**Annexe 4**). Au moment de la rédaction de la thèse, aucun participant n'a fait valoir son droit de rétractation.

## **2.7 FIN DU RECUEIL DES DONNEES**

Des entretiens ont été menés jusqu'à saturation supposée des données. La saturation est définie ici comme le moment où la collecte de nouvelles données qualitatives ne change plus ou très peu le manuel de codage.

## **2.8 ANALYSE DES DONNEES**

### **2.8.1 Retranscription des entretiens**

L'investigateur qui avait réalisé l'entretien l'a retranscrit intégralement via l'utilisation du logiciel *Microsoft Word*®. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, incluant d'éventuels éléments de communication non-verbale, à l'exception des données permettant l'identification des personnes interrogées qui ont été anonymisées. La retranscription a été envoyée par e-mail au participant concerné pour approbation. Aucune remarque n'a été formulée par les soignants interrogés.

Par la suite, l'analyse transversale des données a été menée selon la méthode de théorisation ancrée qui permet de « *théoriser un phénomène empirique à travers la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation* » (16).

### **2.8.2 Codification**

Le codage axial des entretiens a été réalisé à l'aide du logiciel *QDA Miner Lite*®. Le choix d'un codage par logiciel a été fait dans un objectif de gain de temps (17).

Chaque verbatim a donc été découpé en unité de sens (18) et chaque unité de sens s'est vue attribuer un code. Les auteurs ont codé séparément tous les entretiens réalisés puis ont effectué une comparaison des résultats. En cas de désaccord dans le codage, ils se sont rapportés au verbatim concerné afin de s'accorder.

Les trois premiers entretiens ont permis la construction de la grille de codage, complétée par de nouveaux codes au fil des entretiens suivants jusqu'à saturation des données.

### **2.8.3 Catégorisation**

Les codes ont ensuite été regroupés dans des catégories. Ces catégories, qui ont évolué au fur et à mesure des entretiens, sont présentées en **Annexe 5**.

### **2.8.4 Mise en relation, théorisation et intégration**

Par la suite, afin de ne pas se désengager de l'analyse des données, il a été décidé de ne pas utiliser de fonction de type assistant d'analyse du logiciel (17). Les catégories ont donc été mises manuellement en relation entre elles dans les différents entretiens, permettant de dégager des thèmes et enfin des axes de réponse à l'étude.

### **2.8.5 Corroboration des résultats par les participants**

Une fois l'analyse des données réalisée, le résultat fut soumis à la relecture des participants de l'étude afin qu'ils puissent approuver ou critiquer les résultats obtenus.

### **2.8.6 Dimension éthique de l'étude**

Comme précisé lors de l'analyse préliminaire des données, « *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).

### **3. RÉSULTATS**

Au total, 32 EHPAD ont été contactés, 23 n'hébergeaient pas de psychotiques vieillissants et n'ont donc pas été retenus. Trois n'ont pas donné de réponse favorable pour cause d'absence du médecin coordonnateur. Deux établissements n'ont pas donné de réponse. Quatre ont répondu favorablement, donnant lieu à la réalisation de 7 entretiens. Les 6 autres participants aux entretiens ont été recrutés par recrutement en « boule de neige ».

Treize entretiens ont donc été réalisés entre le mois de juillet 2018 et le mois d'avril 2022 permettant d'obtenir une saturation des données telle que définie par *Savoie-Zajc* (19).

### 3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

	Sexe	Âge	Profession	Ancienneté dans la structure (années)	Secteur psychiatrique d'exercice	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	66	Médecin coordonnateur (MC2)	3	PDTV	Urbain	31
Entretien 5	F	27	Infirmière (IDE 2)	2	PDTV	Urbain	20
Entretien 6	M	34	Psychiatre (Psy 2)	4	PDTV	Urbain	22
Entretien 7	F	47	Psychologue (Psycho 1)	5	Pôle Voironnais	Rural	33
Entretien 8	M	27	Psychologue (Psycho 2)	2	PDTV	Urbain	24
Entretien 9	M	66	Médecin coordonnateur (MC4)	7	PDTV	Urbain	30
Entretien 10	F	57	Médecin coordonnateur (MC3)	4	Pôle Voironnais	Rural	31
Entretien 11	F	33	Médecin généraliste	1	PDTV	Semi-urbain	23
Entretien 12	F	40	Médecin généraliste	7	PDTV	Rural	20
Entretien 13	F	29	Médecin généraliste	2	PDTV	Rural	28

La population étudiée est constituée d'infirmières, de médecins coordonnateurs, de psychiatres, de psychologues, et de médecins généralistes. Lors du recrutement dans les EPHAD, les aides-soignants et aides-soignantes contactés n'ont pas donné suite aux demandes d'entretien.

La moyenne d'âge des soignants interrogés était de 43 ans, la moyenne d'ancienneté dans la structure de 4,5 ans.

Il est à noter que le médecin coordonnateur et l'infirmière des entretiens 1 et 2 travaillent dans le même établissement. Il en est de même pour l'infirmière, la psychologue et le médecin coordinateur des entretiens 4, 5 et 7. Le psychiatre de l'entretien 6 intervient également dans cet établissement.

Les investigateurs ont cherché à mener le même nombre d'entretiens chacun, finalement l'un d'entre eux en a réalisé un de plus.

## 3.2 ANALYSE QUALITATIVE

### 3.2.1 Un double ressenti négatif

Les entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence un double ressenti négatif chez les soignants interrogés. Double dans le sens où il concerne à la fois la prise en charge des résidents psychotiques vieillissants en EHPAD et les résidents psychotiques vieillissants eux-mêmes.

En effet, lors de l'abord du vécu vis-à-vis de la prise en charge, les soignants ont largement exprimé des ressentis négatifs :

*IDE 1 : « La prise en charge de personnes psychotiques c'est fatigant » ; « Donc non ouais c'est euh compliqué. »*

*MC 1 : « n'empêche que je trouve que c'est un peu barbare ce qu'on leur fait de voilà » ;  
« moi je ne suis pas contente »*

*MC 3 : « Sauf que c'est extrêmement difficile à gérer »*

*MG 2 : « Il y en a plein et c'est rarement simple »*

De même, concernant les psychotiques vieillissants :

*MG 2 : « C'est clairement eux dont on parle en comité de direction, parce que c'est souvent eux qui nous mettent en difficulté »*

*Psycho 1 : « et donc voilà vu la difficulté des équipes d'une part à -je vais le dire comme ça – tolérer les troubles du comportement de ces personnes ou les extravagances un petit peu (dans le langage ou dans la relation) »*

### **3.2.1.1 Un ressenti négatif concernant la prise en charge**

Le ressenti négatif concernant la prise en charge semble avoir des causes plurifactorielles, perçues comme des obstacles à la prise en charge. Nous avons alors pu discerner trois axes principaux entravant la qualité de soins : un axe concerne les soignants, un autre l'organisation du suivi psychiatrique, un dernier concerne l'EHPAD et son organisation.

#### **3.2.1.1.1 Des soignants pas assez nombreux, manquant de temps et de formation.**

##### **a. Insuffisance de temps et de personnel en EHPAD**

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 [nous] les CMP »*

*MG 1 « Et en fait cette intervention avait pas été forcément bien prise en compte par les équipes parce qu'ils avaient pas le temps. Personne n'avait le temps de rien du coup je pense que cette intervention n'a pas été très intéressante pour l'équipe »*

Un manque de personnel en EPHAD est également décrit :

*Psy 1 : « niveau personnel ils sont sous dotés, on sent »*

*MG 1 : « en fait comme ils sont en effectif, enfin, je sais pas si c'est réduit ou minimum »*

Deux médecins coordonnateurs évoquent aussi un manque de disponibilité des médecins traitants :

*MC 4 : « très souvent quand les médecins traitants ne sont pas disponibles rapidement je peux avoir des soins directs somatiques »*

*MC 3 : « Et quand même la gestion euh technique en cas de de soucis, le généraliste il va devoir être épaulé, ça va commencer à être un petit peu juste. Évidemment, il va être en vacances ! »*

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

*IDE 1 : « 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 »*

*MG 3 : « mais moi j'ai souvent l'impression qu'effectivement il y a surtout besoin d'une euh... d'une écoute, d'un suivi personnel un peu plus adapté que ce qu'on peut leur proposer en EPHAD »*

Ensuite, il est perçu comme une cause de sur-médication :

*Psy 1 : « Et aussi, en EHPAD, ils ont pas beaucoup de moyens, quand les gens s'agitent, souvent il faut de l'humain, hé 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 »*

L'un des médecins coordonnateurs perçoit ce manque de personnel comme cause de difficultés de communication avec les équipes de psychiatrie :

*MC 3 : « Là où moi j'ai une difficulté [...] c'est les temps partiels et les horaires, c'est-à-dire moi je ne suis pas là tout le temps donc j'envoie un mardi ou un jeudi, euh ils vont le réceptionner euh un autre moment et ils vont venir à un moment où moi je ne serai pas là ou alors la psychologue dédiée ne sera pas là. Donc ils vont avoir l'information outre ce que j'ai marqué sur papier [...] ils vont avoir accès affectivement au résident ou à l'aide-soignante par exemple parce que l'infirmière elle-même peut ne pas pouvoir se délocaliser pour venir parce qu'elle est occupée ailleurs [...]. Donc ils vont avoir l'information d'une aide-soignante qui euh qui va donner son opinion ou son information à elle donc c'est assez restrictif [...] »*

L'un des médecins coordonnateurs interrogés 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. »*

b. Manque de formation et incompréhension du soignant

Tous les soignants interrogés ont souligné un manque de formation du personnel concernant la psychiatrie et en particulier la psychose :

*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. »*

*MG 2 : « Parce que moi je ne suis pas formée, et que l'équipe n'est pas formée non plus »*

Ce manque de formation peut causer une incompréhension du comportement des psychotiques selon 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, dans le sens où elle peut créer un sentiment d'injustice par rapport aux autres résidents :

*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. »*

Cette carence de formation a également pour conséquence des difficultés dans la prise en charge médicamenteuse, en particulier pour les médecins généralistes :

*I : « ok. Au niveau des traitements, vous initiez, vous renouvelez des traitements pour les psychotiques ? »*

*MG 2 : « je renouvelle oui. [...] Et après non, quand il y a des changements, nan franchement nan. Les vrais psychotiques je ne fais pas moi, je...je demande avis au CMP le plus souvent. »*

*MG 3 : « je vais pas oser modifier ses traitements par manque d'expérience sur ça. »*

L'une des psychologues explique également qu'elle a pour effet une mise en retrait des soignants par rapport aux psychotiques vieillissants :

*Psycho 2 : « soignants qui n'ont pas forcément eu de formation appropriée donc qui vont être vraiment sur la défensive, euh très en retrait »*

### **3.2.1.1.2 Des difficultés dans le suivi psychiatrique et dans la communication entre soignants**

#### **a. Un manque d'accès au suivi psychiatrique**

La plupart de personnes rencontrées par les auteurs décrivent des difficultés à mettre en place un suivi psychiatrique par manque de disponibilité des professionnels concernés :

*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 3 : « Surtout à un moment donné où avant on avait un CMP de secteur qui venait quand on avait besoin, on n'a plus le CMP de secteur qui vient donc on a effectivement des équipes mobiles de psychiatrie qu'on peut appeler, mais euh voilà... (ton agacé) »*

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

*MC 4 : « parce qu'on nous répond tout le temps qu'il n'y a pas de place, que les locaux ne sont pas adaptés, que c'est pas, que il faut qu'on attende, que les gens sont beaucoup mieux ici sauf qu'en crise il sont pas mieux ici hein ils sont mieux dans un endroit où dans un endroit qui est consacré à la maladie en crise quoi »*

*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... »*

Aussi, selon l'un des médecins coordonnateurs, l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé couvre un secteur trop large pour agir efficacement :

*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... »*

b. 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 énoncé comme vecteur de problèmes. Certains professionnels déplorent ainsi 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 : (au sujet de l'EMPSA) « ils sont mobiles quand même... 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 et la réalité du terrain, lors des consultations au CMP :

*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 ... »*

c. Un manque de communication en dehors de l'EHPAD

Certains soignants ont évoqué des difficultés de communication avec les équipes de psychiatries externes à l'EHPAD :

*MC 4 (au sujet des psychiatres) : « cas on a aucune communication avec eux on n'a aucun compte rendu même si on essaie de notre part de poser des questions on a aucun retour »*

*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... »*

Inversement, un des psychiatres interrogés évoque un manque de communication entre le médecin traitant 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. »*

d. Un manque de communication entre les professionnels de l'EHPAD

L'un des médecins traitant décrit des difficultés dans la communication interne à l'EHPAD en lien avec le nombre important de soignants :

*MG 2 : « Nous ce qui ne fonctionne pas, c'est que, c'est des grosses équipes, avec des aides-soignants qui sont jeunes, souvent pas formés et qui tourne beaucoup. Donc l'information qui peut être donnée à un instant T, trois mois plus tard si elle n'est pas répétée toutes les semaines elle est complètement perdue »*

D'autres soignants ont également dépeint des difficultés dans la communication entre les médecins et le personnel paramédical :

*Psycho 1 : « Le plus souvent, c'est par mail, mais ça passe rarement par moi directement parce que je ne suis que psychologue et que la parole d'un médecin ou l'écrit d'un médecin par rapport au CMP a plus de poids que la parole ou les écrits d'un psychologue. Donc il faut que ce soit médiatisé par un médecin, que ce soit le médecin généraliste ou le médecin coordonnateur »*

*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 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... »*

Ce manque de communication est perçu comme responsable, d'une part d'une incompréhension des soignants de l'EHPAD quant aux 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 d'autre part 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 où c'était pas clair la prise en charge, enfin bon on s'est pas compris. »*

### **3.2.1.1.3 Des difficultés liées à l'EHPAD, à son organisation, et à l'absence d'alternatives adaptées**

#### **a. Des activités inadaptées aux psychotiques vieillissants**

Les activités proposées en EHPAD sont vues par plusieurs soignants comme peu adaptées aux psychotiques vieillissants :

*Psycho 1 : « Alors, c'est pareil les activités ici elles sont faites pour les personnes âgées et pas pour des personnes psychiatriques vieillissantes »*

*MG 3 : « en EPHAD il y a beaucoup d'activités en lien euh, des activités mémoire, des personnes qui ont des troubles cognitifs, ce qui n'est pas forcément le cas des personnes âgées avec des troubles psychiatriques. Du coup les activités sont pas forcément adaptées pour eux »*

La disparition des activités de la vie quotidienne et la perte de liberté de mouvement en EPHAD 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 ! »*

Ces activités inadaptées sont perçues comme facteur d'ennui et d'isolement chez les résidents psychotiques :

*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 »*

*MG 3 : « les patients psychotiques de l'EHPAD c'est des patients qui sont isolés, qui ne sortent pas beaucoup de leur chambre, qui ne partagent pas souvent les repas avec les autres résidents. C'est un petit peu l'image des patients psychotiques que j'ai dans mon EHPAD. Ils sont finalement peu en lien avec les résidents, assez isolés ouais. »*

Voire ayant des conséquences sur leur autonomie :

*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 »*

Et génératrices de révolte et de tension :

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

Tandis que les activités perçues comme adaptées sont décrites en tant que partie intégrante de la prise en charge et ayant un effet bénéfique :

*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... »*

*MG 3 : « ben peut être plus voilà proposer des activités extérieures à ces patients parce que malgré tout ben voilà moi j'ai quand même beaucoup de patients psychotiques mais qui sont jeunes, et donc du coup je pense que ça pourrait être intéressant qu'ils puissent avoir des journées à l'extérieur de l'EPHAD. Euh... dans d'autres structures quoi, ou des activités extérieures de loisir quoi, voilà qu'on leur propose des sorties en dehors de l'EPHAD. »*

b. 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 »*

*MC 2 : « Vous voulez que je vous parle de la grande misère des EHPAD ? »*

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

*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 de l'EHPAD, perçu comme problématique :

*Psycho 1 : « Même en famille d'accueil ils ont plus de possibilité c'est-à-dire participer à l'élaboration d'un repas, aller faire des courses, se choisir ce qu'ils veulent manger enfin tout ça c'est des choses ils ne peuvent plus ici : le menu c'est décidé, le menu il est établi pour 5 semaines et après ça recommence, ça revient et voilà on n'a pas le choix. »*

*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...»*

Enfin, le *turn-over* et la surcharge des équipes travaillant en EHPAD sont aussi décrits comme un obstacle à la qualité de la prise en charge :

*Psy 1 : « avec une rotation du personnel, arghhhhhh, [...] dans un des EHPAD mais euh ça change tout le temps quoi ! On en voit une, puis 3 mois après c'est plus la même, puis encore c'est plus la même, puis l'équipe a complètement changé donc c'est super dur de travailler »*

*MC 3 : « déjà le personnel il croule donc on n'est pas en mesure de gérer des gens qui sont difficiles sur le plan psychiatrique »*

c. Une absence d'alternative pour l'accueil des psychotiques vieillissants

Certains interviewés déplorent également une absence d'alternative pour accueillir cette population de patients :

*Psycho 2 : « c'est très compliqué en France pour ces personnes d'avoir un endroit en fait surtout chez les personnes qui vieillissent »*

*MG 2 : « En fait ces patients, personne n'en veut »*

*MG 3 : « Mais qui du coup aucun, aucune structure psychiatrique n'est adaptée pour lui, ou accepte de le prendre en charge. Et qui du coup se retrouve, euh qui se retrouve chez nous. »*

### **3.2.1.2 Un ressenti négatif concernant les psychotiques vieillissants**

Le ressenti négatif concernant les psychotiques vieillissants en tant que population de patients semble attenant à des difficultés perçues comme inhérentes à cette population et compliquant leur prise en charge ainsi qu'à des difficultés concernant leur intégration dans le contexte de l'EHPAD.

#### **3.2.1.2.1 Des difficultés perçues comme inhérentes à cette population de patients**

##### **a. Des comportements hétéro-agressifs ou inadaptés**

En effet, il est signalé que les psychotiques vieillissants peuvent présenter des troubles du comportement de type hétéro-agressivité 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 ! »*

Ou encore des comportements inadaptés présentant un danger pour les autres résidents :

*MG 3 : « On a quand même pas mal parmi ces patients euh psychotiques de fumeurs, qui parfois fument dans leur chambre, à côté de résidents qui ont de l'oxygène euh donc voilà (rires) »*

b. Des patients chronophages, et des difficultés dans la gestion de la durée de la prise en charge des psychotiques

Ces patients sont largement décrits par les soignants comme chronophages :

*IDE 1 : « souvent c'est ressenti comme euh c'est quand même chronophage »*

*MG 2 : « Voilà, mais ça reviens à ce que je disais tout à l'heure c'est des patients qui sont clairement très chronophages et psychologiquement qui sont très...qui sont aussi fatiguants psychologiquement quoi. »*

D'autres soignants évoquent également une perte de temps dans la prise en charge en lien avec une difficulté du personnel d'EHPAD à planifier sa durée face à l'apparente autonomie physique des patients psychotiques en EHPAD :

*IDE 1 : « pour elles , 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 »*

*MG 1 : « au niveau ben du refus de soins, parce qu'en fait un refus de soins ça prend du temps, parce qu'il faut y retourner plusieurs fois »*

Cette perte de temps semble, au moins pour partie, liée à une autre caractéristique largement rapportée par le personnel interrogé : la mauvaise compliance au traitement et à la prise en charge des psychotiques :

*MC 4 : « On a une dame qui a une psychose et qui euh est en refus de traitement vis-à-vis des neuroleptiques »*

*MG 1 : « puis à chaque fois qu'on va faire un examen ou un nouveau traitement, ben on sait qu'on va avoir une difficulté. Enfin on sait, on s'attend à avoir une difficulté. »*

Le vieillissement et les pathologies somatiques des psychotiques sont également perçus comme une double charge :

*Psycho 1 : « Oui mais parce que elle est aujourd'hui suffisamment autonome pour que justement les soignants n'aient pas à gérer ces rituels. Je pense que ça va devenir compliqué le jour où la dame va devenir dépendante. »*

L'un des médecins interrogés réduit la complexité de la prise en charge des psychotiques à un sentiment d'échec :

*MG 2 : « En fait c'est que je me sens... c'est des gens avec qui j'ai l'impression de ne pas réussir ma prise en charge, et du coup comme j'aime pas être en échec c'est ça qui me gêne ouais c'est des patients avec qui effectivement je, je me sens régulièrement en échec. »*

### **3.2.1.2.2 Psychotiques vieillissants : des patients aux profils différents des autres résidents d'EHPAD**

Les psychotiques sont décrits par les soignants comme une population différente de celle jusqu'alors habituellement accueillie en EHPAD.

Tout d'abord, en termes d'âge d'entrée en EHPAD :

*IDE 1 : « déjà ils rentrent ils sont plus jeunes »*

*MC 3 : « ces psychotiques vieillissants on les accueille plus jeunes »*

En termes d'autonomie :

*IDE 1 : « c'est des gens qui sont plus autonomes que les autres en général »*

*Psycho 1 : « D'abord c'est des gens qui ont des capacités physiques bien supérieures souvent aux personnes vraiment âgées qu'on a à l'intérieur de cet établissement »*

Également en termes de capacités cognitives :

*MG 1 : « hé ben ça fait partie des patientes qui euh, qui me reconnaissent, enfin qui en tout cas d'une fois sur l'autres me reconnais en tant que docteur. Donc par rapport à pas mal de patients en EHPAD c'est déjà pas mal. »*

*MG 3 : « en EHPAD il y a beaucoup d'activités en lien euh, des activités mémoire, des personnes qui ont des troubles cognitifs, ce qui n'est pas forcément le cas des personnes âgées avec des troubles psychiatriques. »*

Et enfin, en termes de traitements :

*MC1 : « ces traitements qui restent extrêmement importants même alors qu'ils sont très vieux hein on a des gens qui ont 80 et quelques années, n'empêche que le traitement de maintien s'il a été un petit peu allégé par rapport à leur vie adulte je dirais il reste conséquent par rapport aux petits vieux classiques. »*

### **3.2.1.2.3 Une cohabitation parfois problématique avec les autres résidents, complexifiant l'intégration des psychotiques dans le contexte de l'EHPAD**

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. »*

L'un des médecins coordonnateurs évoque également 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 »*

Les soignants craignant notamment que le comportement hétéro-agressif rapporté précédemment 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 »*

Plusieurs médecins rapportent la difficulté des résidents psychotiques à respecter les règles de vie en collectivité :

*MG 2 : « La collectivité qui n'est pas respectée. Et des règles de collectivité des règles des institutions qui ne sont pas gérables chez ces gens-là. Et, on peut y aller à coup de contrat thérapeutique et c'est toujours vain en fait ça ne fonctionne pas. »*

Ces difficultés perçues comme inhérentes à cette population ainsi que les difficultés concernant leur intégration dans le contexte de l'EHPAD semblent être à l'origine d'une réticence à l'accueil des psychotiques vieillissants :

*MG 1 : « ben je pense qu'effectivement le frein initial c'est le dossier. Via trajectoire, enfin la présentation. [...] la médecin Co qui avait lu le dossier initial elle l'avait un petit peu mis de côté parce qu'effectivement je pense qu'il y a quand même une petite réticence initial, pas forcément consciente. »*

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

### **3.2.1.3 Un ressenti négatif à relativiser**

Malgré l'emploi majoritaire de termes négatifs renvoyant une impression péjorative quant à la prise en charge des psychotiques vieillissants, certains éléments à connotation positive peuvent être soulignés dans les entretiens menés.

En effet, la prise en charge suscite également des émotions positives chez les soignants interrogés :

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

*MG 1 (au sujet d'une patiente psychotique) : « Et elle est plutôt une personne qui donne le sourire aux soignants finalement »*

*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 »*

Plusieurs soignants déclarent qu'après une confrontation avec la prise en charge des psychotiques vieillissants, dès lors qu'elle se passe bien, les craintes ressenties ont tendance à s'effacer :

*MG 1 : « Et les soignants étaient, on va dire un peu plus inquiets, enfin inquiets, pas inquiets mais euh, un peu plus sur la réserve par rapport à l'entrée d'un patient non psychotique on va dire. Mais bon ça s'est rapidement résolu parce que tous se passe bien »*

*MC 2 : « Oui, alors plus on n'en reçoit, on n'en a pas reçu 50 hein, on doit en être à 4 - 5, plus on n'en reçoit, plus les gens se détendent. L'aide-soignant il voit 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, parce que ils savent qu'il faut jouer le jeu. »*

Certains soignants figurent 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 »*

*MC 4 : « Donc à un moment, là ça s'est nettement amélioré hein depuis peu à la fois entre les rapports qu'on a nous avec le CMP et l'Hôpital de Saint Egrève – je trouve qu'on a vraiment une bonne entente actuellement – et aussi chez les résidents eux-mêmes qui depuis un petit moment n'ont pas eu de décompensation qu'on a pu connaître il y a 4 ou 5 ans. »*

Plusieurs commentaires concernant le suivi psychiatrique sont également valorisants :

*IDE 2 : « La présence, enfin nous ça nous aide vraiment beaucoup en fait, la présence du CMP ou d'intervenants spécialisés euh... »*

*Psycho 2 : « Euh et ce que j'ai vu, ce que je vois en tout cas ici, pas forcément ailleurs c'est la continuité du suivi donc avec soins en CMP, c'est pas le cas partout. »*

Le cadre institutionnel de l'EHPAD semble aussi avoir des conséquences positives :

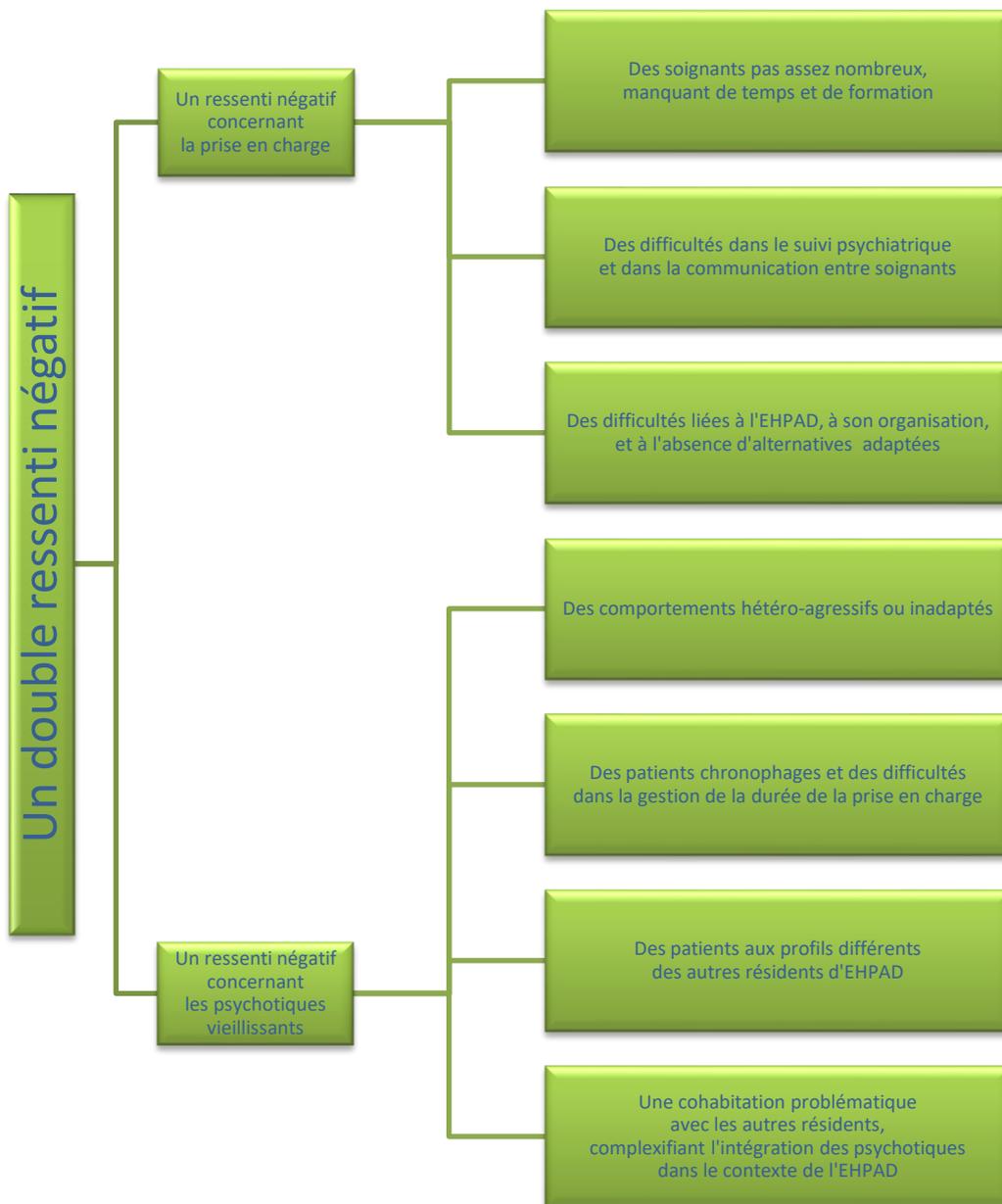
*MC 1 : « Après ce qui est correct dans les EHPAD aujourd'hui presque en général par rapport aux personnes psychotiques c'est que c'est super ritualisé chez nous : à telle heure c'est le gouter, à 45, la toilette ce sera à telle heure ça sera de telle façon et que du coup c'est très rassurant pour quelqu'un qui est euh... »*

*MG 1 : « Le côté un peu cadre de la structure je pense que c'est bien adapté aussi pour cette patiente en tout cas »*

Plusieurs soignants décrivent d'ailleurs l'EHPAD comme un lieu adapté à l'accueil des psychotiques :

*MG 1 : « Euh donc je pense qu'en soit c'est bien adapté »*

*IDE 2 : « Je pense que c'est adapté parce que tout ceux qu'on a accueilli ça s'est bien passé »*



*Schéma récapitulatif des différentes origines du ressenti négatif rapporté par les soignants*

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

Malgré les problématiques soulevées par les soignants, les entretiens ont permis de mettre en évidence des solutions d'amélioration de la prise en charge des psychotiques vieillissants. Certaines mesures sont déjà mises en place dans certains EHPAD, d'autres relèvent des attentes.

#### **3.2.2.1 Des besoins en amont de l'admission**

Tout d'abord, il a été rapporté un besoin d'entente préalable entre la psychiatrie de secteur et l'EHPAD, en particulier concernant un engagement au suivi psychiatrique :

*MC 4 : « à partir du moment où les dossiers sont validés par tout le monde [...] où ils ont un psychiatre référent qui les suit, on reçoit ces personnes-là »*

*MG 2 : « Après la deuxième chose que je me dis quand il y a une indication de faire rentrer un patient comme ça, c'est qui le met en aval du coup. Je m'assure qu'on a un CMP, une équipe mobile, ou un CHAI qui le connaît bien et qui peut jouer le jeu en aval si on est en difficulté quoi »*

Plusieurs soignants ont relevé une nécessaire stabilité de la pathologie psychiatrique avant l'admission :

*MC 4 : « Donc effectivement les limites qu'on peut avoir d'accueil d'une personne dans ce lieu là, dans notre unité de gérontopsychiatrie c'est effectivement une certaine stabilité psychiatrique enfin euh de la maladie psychiatrique. »*

*Psycho 2 : « Il ne faut pas que ça bouge de trop, il faut que la pathologie soit très stable et qu'il n'y ait pas trop de manifestation »*

L'importance d'un travail de préadmission a également été soulignée à plusieurs reprises, en particulier concernant la transmission d'information au sujet des patients et des modalités de sa prise en charge :

*MC 2 : « 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 »*

*MG 1 : « et ben le CHAI avait fait un joli dossier. L'équipe soignant du CHAI avait fait ben tout un recueil de son histoire de vie et de comment s'adapter quand il y avait tel problématique. Donc ça c'est dans son dossier. Donc moi je l'ai leur j'ai demandé aux inf, enfin à l'équipe soignante, je leur ai signalé que ça existait et qu'il fallait qu'elles le lisent. Voilà »*

Un travail de relais post-admission permettant de faire remonter rapidement les difficultés à l'équipe de psychiatrie, qui avait en charge le patient avant l'entrée du patient en EHPAD, a également été mis en place dans l'un des EHPAD et est perçu comme favorable :

*MG 1 : « Le CHAI avait mis en place je crois 15 jours après son arrivée le passage d'une infirmière de pratique avancée. Pour justement faire le point avec les équipes sur les éventuelles difficultés » ; « ben ce qu'ils ont fait je pense à sa sortie c'était bien, le fait de faire le relais ça c'était vraiment bien moi quand je l'ai vu dans le courrier j'étais soulagé quand même de me dire que on va pouvoir faire une petite liste sur les 15 premiers jours des difficultés et qu'on nous aide à les solutionner, ça c'était bien. ».*

*MG 2 : « Mais quand ça se met en place il faudrait un bon appui initial, pendant les premières semaines avec une équipe mobile ou je ne sais quoi qui vienne de manière hebdomadaire pour euh.... Pour un peu donner les directives. »*

### **3.2.2.2 Améliorer la communication, développer les échanges**

Plusieurs soignants ont souligné l'importance de l'amélioration de la communication et des échanges entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des psychotiques :

*I : « [...] quelles sont vos attentes actuellement pour améliorer la prise en charge ?*

*IDE 1 : Bah déjà plus de communication entre nous qui sommes là tous les jours qui les connaissons qui les côtoyons et les personnes qui sont censées être spécialisées pour les prendre en charge... »*

*MC 4 : « Les attentes euh... Les attentes ce serait une meilleure communication entre nous quand même, quand je dis nous c'est le CMP, la structure et l'hôpital de Saint Egrève ; une meilleure communication à la fois quand ça va bien et à la fois quand ça ne va pas hein. »*

Dans un objectif d'amélioration de la communication, il semble important pour les soignants impliqués dans le soin des psychotiques de prendre le temps de se rencontrer :

*MC 1 : « Mais euh voilà moi j'ai besoin de partenaire psychiatre ponctuel idéalement connu, que je connaisse leur tête, que je les voie de temps en temps et qu'on puisse échanger par des mails par des choses comme ça »*

Et de développer un lien de confiance :

*MG 2 : « Et puis moi, je pense qu'il y a une relation de confiance qui s'est créée donc je ne suis plus tant en peine. [...]. Oui oui nan mais l'échange il est bon hein. Il est bon. Mais il faut quelqu'un de... c'est facile une fois qu'on connaît et qu'on a des relations euh...habituelles. On gagne du temps, et voilà. Donc oui là pour moi c'est plus trop une difficulté et encore, via l'EMPSA et le CMP parce que je les connais. »*

*Psy 1 : « Notamment moi j'ai un médecin avec qui euh, je travaille beaucoup et euh, je travaille bien dans la confiance, et du coup euh... Par exemple moi j'ai mis en place... Le fait est que comme lui il était plus euh... Il se déplaçait plus facilement, c'est lui qui gère le traitement, mais par contre, il me demande. Il me dit « tiens euh, qu'est-ce t'en penses, euh voilà, ce serait pas mal qu'on change » on discute, ok je valide et puis voilà »*

### **3.2.2.3 Pallier le manque de formation universitaire**

La plupart des soignants interrogés propose des solutions pour pallier le manque de formation universitaire, en rappelant tout d'abord l'importance de la formation par la pratique en stage :

*Psycho 2 : « ça on apprend vraiment dans les stages qu'on peut faire parce qu'il y a en tout cas dans les stages que j'ai fait en EHPAD il y a eu toujours au moins une ou deux personnes qui avait une étiquette, un diagnostic de psychose, et c'est vrai que c'est là qu'on apprend plus au final hein, dans les stages, en formation c'est peu abordé. Je ne sais pas s'il existe vraiment des formations reliées vraiment à la psychose et euh la personne âgée, je ne sais pas si c'est vraiment, s'il y en a beaucoup par ici »*

*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. »*

Puis celle de la 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 »*

*MC 2 : « 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. »*

Certains établissements proposent de former leurs personnels, en leur permettant de participer à des formations dispensées par les équipes de psychiatrie :

*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. »*

*MG 3 : « les psychiatres viennent régulièrement donner des formations au sein des EHPAD et échanger avec nos soignants sur les questions euh...voilà...»*

Et via d'autres modalités de formations organisées telles que des colloques ou des formations continues :

*MC 4 : « On organise avec mon association, je fais partie aussi d'une association qui s'appelle Isère Gérontologie et tous les 2 ans on organise un colloque sur la gérontopsychiatrie avec le Comité Local de Santé Mentale et avec le Centre Hospitalier de Saint Egrève. »*

*MG 2 : « une formation un peu comme les ASG, des formations professionnalisantes sur une année, euh voilà. Après même je sais pas, des formations de 3-4 jours déjà... Voilà. Et puis si, à la mise en place de ces unités géronto-psy, ben déjà ça à l'air compliqué de les mettre en place ces unités. »*

L'un des psychiatres interrogés évoque également la concertation entre les différents intervenants pour apporter une solution à ce défaut 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 évoquent la possibilité de mettre en place des activités plus adaptées aux patients psychotiques :

*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. »*

En particulier des activités extérieures à l'EHPAD :

*MG 3 : « Ben oui euh qu'il puissent quand même euh, ben je sais pas bénéficier de l'activité de marcher, d'être dans un parc. Voilà d'être un petit peu en extérieur, de pas être enfermés dans une chambre, euh voilà toute la journée quoi. »*

*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 »*

Il a également été suggéré qu'intégrer les patients dans les activités de vie quotidiennes de l'EHPAD pourrait leur être bénéfique :

*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 »*

*Psycho 1 : « j'ai l'impression que quand ils arrivent ici c'est -crack- on leur enlève tout un pan de leur vie parce qu'on n'a pas les capacités de les accompagner là-dedans alors qu'ils pourraient et qu'ils avaient ça jusque-là, vous voyez ce que je veux dire [...]Même en famille d'accueil ils ont plus de possibilité c'est-à-dire participer à l'élaboration d'un repas, aller faire des courses, se choisir ce qu'ils veulent manger enfin tout ça c'est des choses ils ne peuvent plus ici »*

L'une des psychologues rappelle l'importance de développer pour ces patients les dimensions sociales et culturelles :

*Psycho 1 : « Voilà c'est ça qui manque dans nos établissements. [...] Donc c'est développer le lien social, la culture. »*

### **3.2.2.5 Adapter le suivi externe au contexte de l'EHPAD**

Les deux psychiatres interrogés ont évoqué la possibilité de mettre en place des consultations conjointes, permettant de répondre au manque de confrontation des dires des patients avec la réalité du terrain lors des consultations au CMP :

*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 vus 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 proposent l'instauration des visites à domicile (VAD) en EHPAD :

*Psy 1 : « On essayait d'inventer des formes, des formes de travail qui seraient 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... »*

L'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 quelle 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... »*

L'un d'entre eux a mis en valeur l'amélioration du travail des équipes de psychiatrie à travers une adaptation réussie de l'EHPAD :

*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 possibilité de mettre en place une supervision du personnel d'EHPAD par le psychiatre :

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

*MG 3 : « On peut quand même les solliciter, mais c'est vrai que c'est pas pareil, enfin on raconte un petit peu la manière dont nous on perçoit le patient, les symptômes, ce qui est décrit, mais je pense qu'un psychiatre il a pas forcément la même approche, le même regard, enfin se déplacer, être en présence du patient, il a des questions qui sont différentes des nôtres, et ça c'est effectivement je pense que c'est ce qui nous manque nous dans notre approche. »*

### **3.2.2.6 Adapter la prise en charge aux patients psychotiques**

Dans un but d'amélioration des relations avec les patients psychotiques, certaines personnes interrogées ont insisté sur la nécessité pour les soignants de s'adapter aux patients psychotiques :

*Psycho 2 : « Donc oui il y a cette différence, elle s'estompe avec le temps, quand on apprend à connaître la personne, euh à connaître ses habitudes, à connaître certains rituels voilà, certaines choses qu'il faut respecter, ça se passe bien mais c'est pas toujours le cas »*

*IDE 2 : « Parce que si, on est plus, on va plus accepter, des exigences, 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. Je sais pas si c'est du fait de sa psychose c'est peut-être pas à cause de ça qu'il ne supportait pas. Mais le fait qu'on a du coup accédé à sa requête de manger de manière isolée ce qu'on accepte très difficilement par rapport aux autres résidents. »*

Deux médecins rapportent quant à eux l'importance d'un accompagnement personnalisé pour ces patients :

*MC 3 : « Et que ce monsieur en fait il faut l'accompagner, l'accompagner ça demande effectivement du temps, d'être pas stressé, de ne pas courir, d'être à l'écoute, etc...*

*MG 3 : « il y a surtout besoin d'une euh... d'une écoute, d'un suivi personnel un peu plus adapté que ce qu'on peut leur proposer en EPHAD. »*

### **3.2.2.7 Les hospitalisations, un moyen de soulager le personnel**

Les hospitalisations, notamment les hospitalisations de rupture et les hospitalisations séquentielles, sont perçues par plusieurs soignants comme un moyen efficient d'apaisement, tant pour les équipes soignantes que pour les patients :

*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 4 : « Non euh cette dame dont je parlais au départ euh elle allait très bien quand elle avait euh une hospitalisation séquentielle à l'hôpital de Saint-Egrève, elle allait très très bien parce qu'elle partait tous les mois à l'Hôpital de Saint-Egrève »*

### **3.2.2.8 Désacraliser l'accueil des psychotiques en EHPAD :**

Comme évoqué précédemment, après une confrontation avec la prise en charge des psychotiques vieillissants, dès lors qu'elle se passe bien, les craintes énoncées ont tendance à s'effacer. Deux soignants rappellent l'importance de désacraliser l'accueil de ces patients :

*MG 1 : « améliorer les pratiques ben je pense qu'il faudrait désacraliser un peu le truc. » ;  
« Et puis en fait le médecin du service avait appelé la médecin Co et avait discuté de la patiente, et à partir de là ça a permis d'enlever un peu cette étiquette psychiatrie et finalement de voir que c'était aussi une résidente qui était tout à fait adaptée à l'EHPAD quoi. Donc je pense ça c'est un gros truc, un gros travail à faire, parce que c'est même involontaire je pense. »*

*Psycho 2 : «Il faut rassurer encore une fois, ça peut être, on fait la même chose pour les dames qui sont démentes, qui ont des symptômes d'agressivité, on en parle aussi on prévient, ça rassure souvent »*

### **3.2.2.9 Création d'unités spécialisées en EHPAD**

Certains soignants supposent que des unités géro-psycho-gero-psycho sont plus adaptées pour l'accueil des psychotiques vieillissants :

*MG 2 : « Je pense que les EHPAD en général elles ne sont pas adaptées pour ces patients. et que les unités geronto-psy elles sont vraiment là pour ça. Pour avoir un personnel plus formé et pour avoir de plus petites unités. »*

*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 »*

D'autres soignants proposent quant à eux d'intégrer ces unités spécialisées dans l'EHPAD, ceci permettant également de répondre à la problématique de la cohabitation entre résidents psychotiques et non psychotiques déjà évoquée :

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

*MG 2 : bah, des structures, pour moi c'est des gens qui doivent être accueillis en unité géronto-psy hein. I : Qui pourraient s'intégrer dans des EHPAD ? MG 2 : bien sûr ! Bien sûr ! Mais avec du coup des plus petites unités »*

Cependant, un des médecins coordonnateurs évoque un risque de transfert de charge aux EHPAD qui se spécialisent dans la prise en charge des psychotiques vieillissants :

*MC 4 : « Alors... Ce qui est normal sauf au regard des dossiers qu'on nous propose effectivement. Euh les dossiers qu'on nous propose c'est euh énormément de gens qui sont en crise. Enfin on a beaucoup d'EHPAD qui nous appellent car ils savent qu'on a cette spécificité et qui nous demandent si on ne peut pas avoir une mutation de chez eux de quelqu'un qui explose et qui ne peut plus tenir chez eux, en fait... »*

Enfin, un autre médecin suppose l'importance de limiter le nombre de patients psychotiques accueillis afin de ne pas être maltraitant :

*MC 3 : « Pour améliorer la prise en charge ? De ce type de population ? Pffff (rires) Bah qu'il y en ait pas beaucoup comme ça on pourrait s'occuper du reste. Parce que si ça se multiplie, c'est pas possible, déjà là je suis désolé on est limite maltraitant sur l'ensemble. »*



Schéma récapitulatif des solutions déjà mises en place ou envisagées dans les EHPAD

### **3.3 CORROBORATION DES RESULTATS PAR LES PARTICIPANTS**

Après relecture, les participants à l'étude n'ont pas manifesté de désaccord ni soulevé d'incohérence concernant les résultats obtenus suite à l'analyse.

## **4. DISCUSSION**

### **4.1 SYNTHÈSE ET CRITIQUE DES RESULTATS**

L'analyse qualitative a permis de dégager deux axes principaux apportant des éléments de réponse concernant l'expérience vécue par les soignants dans la prise en charge des psychotiques vieillissants en EHPAD.

Un ressenti négatif apparaît comme largement dominant parmi les professionnels interrogés. Il est à mettre en relation avec, d'une part, des difficultés dans l'organisation de la prise en charge, dans un contexte qui, initialement, n'avait pas été pensé pour l'hébergement des résidents psychotiques vieillissants. Et d'autre part avec des difficultés de prise en charge décrites comme propres à ce type de population de patients. Outre cette sensation, des pistes de solutions sont déjà mises en place ou envisagées par les acteurs locaux. Ces dernières sont, nous le verrons par la suite, cohérentes avec celles rapportées dans la littérature.

Le ressenti négatif exprimé par les soignants reste cependant à pondérer. En effet, la prise en charge de cette population suscite aussi un certain enthousiasme chez une partie des professionnels. Un sentiment de réussite dans la prise en charge se dégage également, en particulier chez trois professionnels exerçant au sein de la même structure (MC 2, IDE 2 et Psycho 2 qui exercent dans le même établissement). Le médecin coordonnateur de cet établissement affirme être intéressé par la psychiatrie. Au moment de sa prise de fonction, il avait ouvert son EHPAD à l'accueil des résidents souffrant de psychose vieillissante et mis en place des formations pour les équipes soignantes sur place. Un vécu positif semble donc accessible et dépendant au moins en partie de l'implication des acteurs locaux.

Il est également intéressant de noter que la confrontation avec la prise en charge de patients psychotiques vieillissants améliore la perception des soignants dès lors qu'ils constatent que celle-ci se passe bien. En-dehors du cadre strict de l'étude, lors du démarchage des EHPAD, les auteurs ont souvent été confrontés à des réponses de type « *ah non heureusement nous n'avons pas de patients psychotiques chez nous* ». Ceci semble rejoindre les conclusions de la revue de la littérature menée par *Clesse et al.* (20) lorsqu'ils évoquent la « *double stigmatisation* » des sujets âgés vulnérables psychiquement et ses conséquences. En effet, les représentations sociales liées à la perception des sujets âgés d'une part et celles liées à la perception des sujets porteurs de troubles psychiques d'autre part apparaissent particulièrement négatives. On y retrouve des termes tels que « laids », « malade », « physiquement faible », « déclin physique », « handicap mental », « hostiles », « coût considérable pour la société » pour les premiers. « Moches », « gros », « infirmes », « inintelligents », « improductifs », « incurables » pour les seconds. Les impacts de ces représentations semblent multiples, à la fois sur un plan sociétal (limite à la socialisation, entrave à l'insertion sociale, désavantage dans l'accès aux soins). Mais aussi sur un plan institutionnel (« appui des pratiques sur les représentations sociales [...] et par conséquent un décalage avec les besoins », « attitudes d'évitement », « maltraitance »). Et enfin, sur un plan individuel (« intériorisation des représentations dont ils font l'objet », avec un « impact négatif sur la qualité de vie et l'estime de soi », « rejet vis-à-vis des structures d'accompagnement psychiatriques »).

En conclusion, les auteurs de cette revue incitent à un enrichissement de la littérature autour de ces phénomènes et à la diffusion des nouvelles connaissances afin « de mieux comprendre la distorsion existant entre la réalité des travaux de recherche et la perception globale du sujet âgé en psychiatrie », et promeuvent « toutes actions visant à questionner la nature de la stigmatisation des personnes âgées atteintes de troubles mentaux ». Vu les réactions constatées lors du démarchage des EHPAD, il apparaît raisonnable de supposer que les recommandations émises par *Chess et Al* pourraient participer à l'amélioration de la prise en charge des patients âgés souffrant de psychose.

Parmi les difficultés de prises en charge relevées, le manque de temps des soignants est un des points les plus exprimés. Il est perçu comme une entrave à l'écoute, elle-même vue comme une partie intégrante de la prise en charge. Ce manque de temps, ses conséquences sur la qualité de la prise en charge et sur le ressenti par les soignants sont bien décrits dans la littérature (21–23). Dans le contexte du soin psychiatrique en EHPAD, ceci semble traduire une inadéquation entre l'attribution des budgets d'EHPAD et la réalité du terrain lorsqu'elle implique la prise en charge de patients psychotiques. En effet, une partie du budget des EHPAD est liée au degré de dépendance de ses résidents (24). Or, comme cela a été évoqué dans l'analyse, les résidents psychotiques sont généralement plus jeunes et moins dépendants. Un autre facteur conditionnant le financement des EHPAD est l'évaluation des soins requis par les résidents via l'utilisation du référentiel *PATHOS* (25). Une réévaluation de ce référentiel concernant les soins psychiatriques en EHPAD, prenant mieux en compte le temps de présence de soignants nécessaire, pourrait être un moyen de répondre à cette problématique. Ce temps de présence a par ailleurs été évalué à deux heures et demi par jour pour un

infirmier (12). Cette idée rejoint le constat de *Jovelet* qui rapporte que les « médecins coordonnateurs considèrent que les critères d'évaluation de la perte d'autonomie physique ou psychique doivent être révisés et simplifiés par une réforme du financement » (26).

La question du manque de formation des soignants à la psychiatrie et plus spécifiquement à la psychiatrie de la personne âgée (PPA) a été un thème récurrent au fil des entretiens. Comme cela avait été suggéré par certains auteurs (3) en 2017, l'option PPA a été intégrée à la maquette du DES de psychiatrie. Cette disposition, qui témoigne de la reconnaissance de la gérontopsychiatrie en tant que surspécialisation de la psychiatrie, offre désormais aux internes de psychiatrie la possibilité de se former à cette discipline. Mais qu'en est-il pour les médecins généralistes et les infirmiers impliqués dans la prise en charge des psychotiques vieillissants en EHPAD ?

Depuis la modification par décret le 12 août 2019 de l'article R4301-2 du code de la santé publique, les infirmiers et infirmières peuvent bénéficier d'une spécialisation en psychiatrie sur deux ans, offrant la possibilité d'obtenir un diplôme d'État infirmier en pratique avancée (IPA) en psychiatrie et santé mentale. Selon le ministère des solidarités et de la santé (27) les IPA en psychiatrie pourront exercer soit en ambulatoire (au sein d'équipes de soins primaires ou en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires) soit dans les établissements de santé ou médico-sociaux. La pratique avancée recouvre des activités d'orientation, d'éducation, de prévention et de dépistage. Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique. Ainsi que des prescriptions de produit de santé non soumis à prescription médicale, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales. L'objectif déclaré de la

pratique avancée est double : « améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées » (28) dans un contexte de déficit d'offre de soins. Le conseil de l'ordre des infirmiers qui attribue aux IPA un rôle de « coordination en médecine de proximité et/ou entre ville et hôpital » propose sept missions distinctes de l'IPA s'articulant autour de sept compétences : « la pratique clinique (compétence centrale de l'IPA) ; la réalisation de consultations, incluant les consultations de première ligne (compétence en consultation) ; l'expression du *leadership* clinique IDE au cœur des équipes soignantes (compétence en *leadership*) ; l'intégration des résultats de recherche par l'utilisation de l'*evidence base nursing* (compétence de recherche) ; la contribution à la formation des soignants (compétence en formation / enseignement) ; la collaboration vers une transversalité universelle (compétence en collaboration) ; la prise de décision éthique (compétence éthique) » (29). Bien que sujet à certains questionnements autour de la mise en place de cette nouvelle fonction tels qu'une éventuelle « ambiguïté de positionnement des IPA au sein des équipes, avec méconnaissance de la part de l'équipe soignante », « une absence de modèle de référence de l'IPA en France » ou « une implémentation possible [uniquement] sur volonté administrative (moyens financiers et ressources à évaluer) » (30), les IPA en psychiatrie pourront être un atout bienvenu dans l'amélioration de la prise en charge des patients âgés souffrant de psychose en apportant des solutions à certaines problématiques soulevées par cette étude.

En ce qui concerne les médecins généralistes et par extension les médecins coordonnateurs, bien que les pathologies psychiatriques soient fréquemment rencontrées en pratique (31), l'enseignement de la psychiatrie au cours de la formation universitaire de médecine générale reste limité et très hétérogène (32).

Une fois diplômés, les généralistes ont également la possibilité de bénéficier de formations via le développement professionnel continu (DPC) ou à travers des diplômes universitaires de psychiatrie clinique et thérapeutique. Cependant le DPC proposé n'apparaît pas toujours concordant avec les attentes des praticiens (32). Ce constat du manque de formation universitaire rejoint celui fait par les médecins interrogés dans le cadre de cette étude. Néanmoins, de nombreuses pistes d'amélioration semblent envisageables : une réflexion autour des terrains de stage en psychiatrie proposés aux internes en médecine générale ou encore l'utilisation de nouvelles technologies de l'information et de la communication (*e-learning*, mise en situation clinique grâce au *serious games*, etc.) pourraient en partie solutionner ce problème (32).

Par ailleurs, comme suggéré par un des psychiatres interrogés, la formation peut ne pas être uniquement théorique. Elle peut également prendre la forme d'un travail de supervision entre les CMP et les EHPAD, ou de concertation autour de cas entre l'EMPSA et l'EHPAD.

Une amélioration de la formation des soignants offre de multiples avantages. Elle permet de diminuer les réticences à l'accueil de patients psychotiques (33,34) ; de « minimiser les conduites potentiellement inadaptées des membres d'une équipe soignante en réponse à des symptômes non ou mal compris » (34). Aussi, elle peut améliorer le vécu dans la prise en charge et une moindre sur-médication (12).

Les difficultés d'accès au suivi psychiatrique ont été un sujet redondant. Plus souvent concernés par cette problématique, les EHPAD en milieu rural soulignent les disparités territoriales de l'offre de soins de psychiatrie de la personne âgée telles qu'abordées dans la littérature (3,12,35). Outre la disparité de l'offre de soins, la

qualité du relationnel et de la communication entre équipes d'EHPAD et de psychiatrie a largement été rapportée comme problématique. Effectivement, « En France, les soignants de psychiatrie qualifient plus souvent les relations qu'ils entretiennent avec tous leurs interlocuteurs professionnels d'hostiles et tendues » (36). Pour répondre à ces problématiques, *Jovelet* souligne l'importance de consultations conjointes et de visite à domicile en EHPAD (37). Ces pistes de solution, proposées également lors des entretiens, présentent de nombreux avantages. Elles permettent de « mettre une situation en attente et de la penser », d'activer la confiance, évite au résident un déplacement fatiguant et anxiogène ainsi qu'une attente pénible au CMP. Elles affinent le repérage clinique, permettent d'adapter les réponses apportées au contexte de l'EHPAD (37) et offre au patient une stabilité dans son suivi (12,38), limitant ainsi le sentiment d'abandon. Par ailleurs, sous l'impulsion de l'évaluation du plan de psychiatrie santé mentale 2011-2015 (39) qui recommande une formalisation afin de « créer une réponse de manière homogène au niveau territorial », la disparité de l'offre de soins devrait être une problématique en voie d'amélioration.

L'évaluation du plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 (39) a également fait ressortir une autre problématique retrouvée dans l'analyse : celle des activités occupationnelles et de vie quotidienne en EHPAD. Dans ces établissements, certaines activités considérées comme « à risque » pour des personnes âgées et dépendantes, telles que le jardinage ou la cuisine, ne sont pas proposées. Pourtant elles sont perçues comme bénéfiques pour le patient, permettant de maintenir son autonomie et apparaissant comme « une des rares fonctions sociales qui leur restent » (11). Comme cela avait été souligné suite à l'analyse des données préliminaires, il existe des dispositifs qui valorisent ce genre d'activités.

Les services d'accompagnement Médico-social pour Adulte Handicapés (SAMSAH) ou encore les pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) qui offrent la possibilité de mettre en place des activités adaptées. Cependant, les psychotiques ne présentant pas de trouble cognitif majeur et âgés de plus de cinquante-huit ans ne sont pas concernés par ces dispositifs (2). La création d'espaces aménagés au sein des EHPAD offrant la possibilité de retrouver ces activités et l'organisation de sorties en dehors de l'établissement semblent être d'une importance cruciale dans la prise en charge et l'intégration des résidents psychotiques (40).

Le programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 (41) ne fait aucune mention de la psychiatrie du sujet âgé. En revanche le bilan de mise en œuvre de la feuille de route Santé mentale et psychiatrie 2018-2023 datant de Janvier 2022 (42) prévoit de « promouvoir la santé mentale des personnes âgées » entre autre à travers un nouveau module de formation aux premiers secours en santé mentale centré sur la personne âgée. Ce rapport précise que des formations à ce module spécifique pourront être organisées pour les professionnels des structures d'hébergement et d'accueil, donc, entre autres, des EHPAD. Il prévoit également une augmentation du nombre d'équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé intervenant en EHPAD, par l'allocation d'un budget de 20 millions d'euros afin de créer 20 nouvelles équipes mobiles ou de renforcer les compétences de psychiatrie des équipes mobiles de gériatrie. Ces deux mesures viennent elles aussi apporter des réponses aux problématiques soulevées par cette étude.

## **4.2 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE**

### **4.2.1 Méthode**

L'analyse qualitative, qui trouve son origine dans l'anthropologie, « cherche à déterminer les concepts et les règles de compréhension communes à un groupe et à travers lesquels celui-ci perçoit le monde dans lequel il évolue » (43). Elle « est plutôt utilisée lorsque les situations sont nouvelles ou complexes, et que les chercheurs ne savent pas encore précisément quelles questions poser et à qui » (43). Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments ainsi que les comportements et les expériences personnelles (44). Et offre également la possibilité de « donner à voir (description, narration) et d'analyser les acteurs pensant, éprouvant, agissant et interagissant » (45). Cette méthodologie apparaît donc comme un choix approprié pour la réalisation de cette étude.

Les auteurs, en s'assurant non seulement d'un échantillonnage raisonné, de l'adhésion des participants au sujet et à la méthodologie employée, mais également à travers la saturation et la triangulation des données ainsi que la triangulation des chercheurs, tendent à s'inscrire dans les critères de validité définis par Mucchielli (46). De plus, après avoir constaté une concordance avec la littérature existante, ils ont vérifié la corroboration des participants quant aux résultats de l'étude. Cependant, l'absence d'une analyse approfondie de l'impact de la présence des chercheurs est une des limites de cette étude. En effet, elle ne permet pas de remplir de manière totalement satisfaisante les critères d'objectivité et de fiabilité.

Enfin, l'usage de la grille COREQ participe également à l'amélioration la validité interne de cette étude (13).

### **4.2.2 Échantillonnage**

La participation à cette étude se basant sur le volontariat, elle comporte de fait un biais de sélection important : elle n'inclut que des professionnels intéressés par le sujet.

L'échantillonnage de cette étude est cependant assez représentatif des soignants impliqués dans la prise en charge des psychotiques vieillissants en EHPAD. À l'exception notable des aides-soignants et aides-soignantes, catégorie professionnelle pour laquelle les auteurs n'ont pas réussi à trouver de participants.

### **4.2.3 Recueil des données**

La réalisation d'entretiens semi dirigés permet « plus que tout autre dispositif [...] 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 » (19). La réalisation de focus group auraient également été un choix pertinent. En effet, « avec la méthode d'entretien individuel, l'enquêteur interroge les personnes une à une et rassemble les informations issues de leurs propos pour exposer leur dimension collective. Dans l'enquête en groupe, la dimension collective est présente dans l'enquête elle-même dès le départ, et pas uniquement dans l'analyse. » (47). Cependant, les difficultés matérielles de réunir les différents personnels interrogés, la non-neutralité des intervieweurs (tous deux médecins et interrogeant d'autres corps de métiers) et surtout l'inexpérience des auteurs dans l'animation de groupe, avec un « risque de soulever des problématiques complexes pouvant mettre en difficulté les participants au focus group et l'animateur » ont fait préférer les entretiens individuels (47).

Une future étude, réalisée par des investigateurs expérimentés et plus neutres, basée sur la réalisation de focus group permettrait probablement de mieux faire émerger des données concernant la dimension collective de la problématique étudiée.

Le recueil de données, réalisé à différents moments, dans différents lieux et auprès de différentes personnes apporte une triangulation des données. La réalisation de focus group, et donc l'usage d'une méthode différente de recueil des données aurait permis d'améliorer la triangulation des données dans cette étude.

Il s'agissait de la première étude menée par les deux investigateurs. Leur manque d'expérience respective constitue une des faiblesses de cette étude, tant dans la construction du protocole de l'étude, que dans la réalisation des entretiens et l'analyse des données.

Enfin, il est impossible d'exclure totalement dans cette étude un biais de désirabilité sociale qui est défini comme « la tendance qu'ont les individus à vouloir se présenter sous un jour favorable ».

#### **4.2.4 Analyse**

Le codage et l'analyse réalisés indépendamment par les chercheurs puis comparée et mise en commun constituent une triangulation des chercheurs et permettent de limiter les biais d'interprétation (48), il s'agit d'une des forces de cette étude.

Par ailleurs, deux catégories mineures n'avaient pas été abordées dans l'analyse des données préliminaires car insuffisamment évoquées (2). Il s'agissait des catégories « PV dans sa prise en charge » et « l'entourage du PV ». Lors des entretiens ultérieurs, aucune référence à ces catégories n'ayant été faite, elles n'ont pas non plus été intégrées à l'analyse. La recherche bibliographique réalisée en amont de l'étude et ayant permis d'élaborer le guide d'entretien n'orientait pas sur cette problématique. Une future étude intégrant la question du rôle et des impacts de l'entourage des psychotiques et de l'implication des psychotiques dans leur prise en charge pourrait apporter des pistes intéressantes dans un objectif d'amélioration de leur prise en charge.

## 5. CONCLUSION

La politique de sectorisation initiée dans les années 1960 et le vieillissement de la population ont eu comme conséquence le transfert des patients psychotiques vieillissants de l'hôpital vers les EHPAD. Ce phénomène a soulevé des problématiques d'intégration et d'adaptation de la prise en charge.

L'objectif notre étude est d'explorer le vécu et les attentes des soignants impliqués dans la prise en charge des résidents psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère. Nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé.

L'exploration du vécu des soignants a relevé un ressenti négatif vis-à-vis de la prise en charge, mais également vis-à-vis de cette population spécifique de patients. Ce ressenti négatif reste cependant à relativiser. Les professionnels interrogés exprimant souvent un certain enthousiasme à relever ce défi, et parfois même, grâce à l'investissement d'acteurs locaux, un réel sentiment de réussite.

L'exploration des attentes des soignants permet quant à elle de proposer des pistes d'amélioration telles qu'une meilleure articulation entre EHPAD et secteur psychiatrique, une meilleure formation des soignants, ou encore la mise en place d'activités adaptées aux résidents souffrant de psychose.

La réalisation d'études complémentaires, intégrant dans son protocole des focus group, permettrait d'approfondir la dimension collective de la problématique étudiée.

Les résultats de cette étude, en plus d'y répondre en partie, posent une autre question : comment améliorer la prise en charge de ces patients ? Cette prise en charge étant principalement le fruit d'initiatives locales, des études réalisées dans d'autres territoires permettraient d'apporter de nouveaux éléments de réponse.

Enfin, dans une « approche centrée patient » et pour répondre pleinement à cette problématique, il apparaît indispensable de mener de futures études explorant cette fois le vécu et les attentes des résidents souffrant de psychose ainsi que leurs entourages.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 21/09/22

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND

Pr. Patrick IMBERT

## 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. Aloui B. Vécu et attente dans la prise en charge des patients psychotiques vieillissants en EHPAD en Isère: regards pluridisciplinaires de soignants. :109.
3. 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.
4. Juillet P, Allilaire JF. Dictionnaire de psychiatrie:[français-anglais]. Conseil international de la langue française; PUF; 2000.
5. Auxéméry Y. « Névrose » et « Psychose » : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2015;173(8):643-8.
6. Jovelet G. Psychose et vieillissement. Inf Psychiatr. 2010;86(1):39.
7. Chan-Cheen C, Fovet T, Pignon B. Actualités sur l'épidémiologie des troubles psychotiques en France. Fr J Psychiatry. 2018;1:S34.
8. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. févr 2008;166(1):63-70.
9. 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.
10. Jovelet G. Admission d'un sujet psychotique en Ehpads et vécu traumatique. Inf Psychiatr. 27 avr 2018;86:39-47.
11. Guillemette DF. Les « psychotiques vieillissants » en EHPAD : où ? quand ? comment ? pourquoi ? p. 26.
12. Jovelet G. Ces psychotiques qui vieillissent. 1ère édition. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2017. 190 p. (Offre de soins en Psychiatrie).
13. 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.
14. Desmidt T, Camus V. Psychotropes et sujet âgé. EMC - Psychiatr. janv 2011;8(2):1-13.

15. 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.
16. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(23):147-81.
17. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. :30.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Cintas C. « Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend... » : le cas d'un hôpital psychiatrique: *Nouv Rev Psychosociologie*. 9 nov 2007;n° 4(2):213-31.
22. Hazif-Thomas C, Thomas P. Fatigue d'empathie et prise en soin psychiatrique du sujet âgé. *Soins Gériatrie*. sept 2015;20(115):33-6.
23. Guével M. Les attentes des médecins coordonnateurs d'EHPAD vis-à-vis d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée : le cas de l'Isère. :61.
24. Financement des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. *Les Comptes de la Sécurité Sociale - Juin 2020* [Internet]. juin 2020; Disponible sur: [https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/FICHE\\_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE\\_ECLAIRAGE-JUIN\\_2020-%20Financement%20des%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20d%C3%A9pendantes.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-JUIN_2020-%20Financement%20des%20%C3%A9tablissements%20d%E2%80%99h%C3%A9bergement%20pour%20les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20d%C3%A9pendantes.pdf)
25. Ducoudray JM, Eon Y, Provost CL, Leroux R, Rollin EO, Prévost P, et al. Le modèle « PATHOS », guide d'utilisation 2017. 2017;56.
26. Jovelet G. Penser l'Ehpad et son devenir. Pas sans la psychiatrie! *Inf Psychiatr*. 2018;94:7.

27. DGOS. dgos\_flyer\_ssa\_2018\_a4\_pratique\_avancee [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_flyer\\_ssa\\_2018\\_a4\\_pratique\\_avancee.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_flyer_ssa_2018_a4_pratique_avancee.pdf)
28. DGOS. DGOS fiche pratique avancée [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
29. CNOI. Infirmière de Pratique avancé en France [Internet]. Disponible sur: [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/oni\\_pratique\\_avancee\\_2017d%C3%A9f.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/oni_pratique_avancee_2017d%C3%A9f.pdf)
30. Choury-Gruet C, Kherradji K, Puyou N, Rioche R, Simaillaud A, Vieu C. Présentation de l'infirmier en pratique avancée IPA.
31. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*. déc 2009;35(6):560-9.
32. Fovet T, Amad A, Geoffroy, PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):319.
33. Raucher-Chéné D, Cuervo-Lombard CV, Bera-Potelle C, Havet JM. Schizophrénie du sujet âgé : particularités cliniques, cognitives et sociales. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. août 2011;11(64):157-65.
34. Tourtauchaux R, Vaille-Perret E, Pontonnier AL, 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.
35. Coldefy M. Les disparités dans l'offre publique de soins en psychiatrie. :1.
36. Estryn-Behar M, Duville N, Menini ML, Le Foll S, Le Nézet O, Bocher R. Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. nov 2006;164(9):732-48.
37. Jovelet G. Le partenariat entre équipes d'Ehpad et de psychiatrie : mariage de raison ou union forcée ? *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. oct 2019;19(113):279-85.
38. Thubert B, Marcel E, Thubert C. Adaptation du sujet âgé dans les diverses institutions. *EMC - Psychiatr*. mai 2013;10(2):1-11.
39. Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. 2016 avr p. 228. (Evaluation).

40. 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.
41. HAS. Programme pluriannuel - Psychiatrie et santé mentale 2018 - 2013 [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme\\_pluriannuel\\_-\\_psychiatrie\\_et\\_sante\\_mentale\\_2018-2023\\_mise\\_a\\_jour.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf)
42. CSSMP. Mise en œuvre de la Feuille de route Santé mentale et psychiatrie [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_cssmp\\_bilan\\_fdr\\_janvier\\_2022\\_consolide\\_dmsmp.13.01.22\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_cssmp_bilan_fdr_janvier_2022_consolide_dmsmp.13.01.22_.pdf)
43. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Médecine Hygiène.* 2004;1818-26.
44. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
45. Dumez H. *Méthodologie de la recherche qualitative.* 2ème édition. Vuibert; 2016. 256 p.
46. Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines.* 3ème édition. Armand Colin; 2009.
47. Marty L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H, Bernard P, Raineau C, Cambon B. Recherche qualitative en médecine générale: expérimenter le focus group. *Exercer.* 2011;98:129-35.
48. Dorais M. Diversité et créativité en recherche qualitative. *Serv Soc.* 1993;42(2):7-27.

# Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

”

## 7. ANNEXES

### 7.1 GUIDE D'ENTRETIEN N°1

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 ?

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 ?

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

*Question spécifique aux médecins généralistes :*

7- Comment initiez-vous ou renouvelez-vous les traitements des PV

Mettez-vous en œuvre des surveillances spécifiques pour ces patients, (relance : particulièrement en ce qui concerne le sur-risque cardio-vasculaire) ?

Est-ce que, et comment, adaptez-vous les traitements en fonction du vieillissement de ces patients ?

**Objectif :** Savoir si les recommandations de suivi et d'adaptation thérapeutique sont connues et mise en œuvre par les médecins traitants.

## 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 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 ?

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

*Question spécifique aux médecins généralistes :*

- 7- Comment initiez-vous ou renouvelez-vous les traitements des PV

Mettez-vous en œuvre des surveillances spécifiques pour ces patients, (relance : particulièrement en ce qui concerne le sur-risque cardio-vasculaire) ?

Est-ce que, et comment, adaptez-vous les traitements en fonction du vieillissement de ces patients ?

**Objectif :** Savoir si les recommandations de suivi et d'adaptation thérapeutique sont connues et mise en œuvre par les médecins traitants.

## 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 gériatrie psychiatrique 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

[b\\*\\*\\*\\*\\*@hotmail.fr](mailto:b*****@hotmail.fr) \*

Tel : 06.XX.XX.XX.XX

Adrien Di Nola

Interne en Médecine Général

[d\\*\\*\\*\\*\\*@hotmail.fr](mailto:d*****@hotmail.fr)

06.XX.XX.XX.XX

\* Les coordonnées personnelles des auteurs ont été retirées au moment de la rédaction de la thèse.

## 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 @hotmail.fr Tel : 06.  Di Nola Adrien Interne en Médecine Général @hotmail.fr 06.	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

### GLOSSAIRE :

- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire  
Investigateur : ALOUÏ Boris et DI NOLA Adrien  
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.

Version 1.0 du 27/10/2017

Page 1 sur 2



## 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.

Version 1.0 du 27/10/2017

Page 2 sur 2



Formulaire d'opposition

## 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

@hotmail.fr

Tel : 06.

Di Nola Adrien

Interne en Médecine Général

@hotmail.fr

06.

**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

Multicentrique : L'étude est réalisée dans plusieurs centres d'étude

### 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 DECLARATION DE CONFORMITE A LA METHODOLOGIE DE

## REFERENCE MR003



RÉCÉPISSÉ

**DECLARATION 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 IMPERATIVEMENT

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](http://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

## **7.6 LISTE DES CODES ET CATEGORIES**

- 1- Adaptation de la prise en charge
  - a. Adaptation de la prise de charge à la structure
  - b. Adaptation de la prise en charge au contexte
  - c. Adaptation de la prise en charge au vieillissement des PV
  - d. Adaptation de la prise en charge aux autres professionnels
  - e. Confrontation des affirmations des PV au vécu/à la réalité des soignants d'EHPAD lors des consultations externes
  - f. Manque de personnel : cause de sur-médication
  - g. PEC externe adaptée au contexte de l'EHPAD +/-
  - h. Retentissement de l'état de l'EHPAD sur la prise en charge
  - i. Suivi extérieur à l'EHPAD, facteur d'inadéquation des décisions
  - j. Adaptation des professionnels d'EHPAD par rapport au PV
  - k. Consultation conjointe
  - l. Hospitalisations de rupture
  - m. Moyens d'adaptation envisagés par l'EHPAD au PV
  - n. Retentissement de la prévention en début de décompensation
  - o. Adaptation des soignants aux PV par rapport aux PA non PV
  - p. Adaptation de la prise en charge aux pathologies médicales des PV
- 2- Activités du PV
  - a. Activité des PV, partie intégrante de la prise en charge
  - b. Activité en EHPAD adaptées au PV +/-
  - c. Activité extérieures à l'EHPAD des PV
  - d. Maintenir des AVQ, facteur de stabilité du PV
  - e. Pertes des activités de vie quotidienne en EHPAD
  - f. Sortir régulièrement du cadre de l'EHPAD, un moyen d'apaisement pour les PV et soignants
  - g. Ennui des PV en EHPAD
- 3- Représentation des soignants concernant les PV
  - a. Apport du PV aux professionnels
  - b. Autonomie physique du PV
  - c. Compréhension du soignant de la PEC +/-
  - d. Dépendance du PV à la structure
  - e. EHPAD : dernier lieux de vie : Retentissement sur les patients
  - f. Le PV : un patient potentiellement dangereux
  - g. Psychose vieillissante, un handicap
  - h. Psychose, une maladie à vie
  - i. PV : une vie institutionnelle
  - j. PV, un patient sujet au vieillissement
  - k. Ressenti des professionnels par rapport aux PV +/-
  - l. Retentissement de la psychose sur le PV
  - m. Solitude du PV
  - n. Symptômes psychiatriques du PV

- o. PV symptomatique et dépendant, une double charge
  - p. Vieillesse du PV, une perte de droit
  - q. Difficile pour le PV de trouver un lieu de vie adapté
  - r. Pour un PV, difficile de respecter les règles de collectivité
- 4- Accueil du PV en EHPAD
- a. Accueil du PV = non PV
  - b. Age d'entrée en EHPAD
  - c. Information à récupérer à l'admission
  - d. Préparation à l'entrée en EHPAD du PV par l'équipe psychiatrique
  - e. Ressenti des professionnels à l'admission des PV
  - f. Temps d'accueil temporaire
  - g. Travail pour l'admission du PV
  - h. Pré-admission du PV hiérarchisée
  - i. Adaptation du PV à l'arrivée en EHPAD
  - j. Nécessaire stabilité des symptômes avant entrée PV En EHPAD
  - k. Décompensation à domicile hospitalisation, puis EHPAD, un mode d'entrée du PV
- 5- Suivi psychiatrique
- a. Absence de relais
  - b. Accès au suivi psychiatrique +/-
  - c. Disponibilité du psychiatre
  - d. Retentissement du manque de suivi psychiatrique sur l'EHPAD
  - e. Suivi psychiatrique des PV
  - f. Suivi psychiatrique des PV avant l'EHPAD
  - g. Suivi psychiatrique facteur de stabilité
  - h. Manque de temps des psychiatres
  - i. Avant l'admission, un besoin d'engagement au suivi psychiatrique
- 6- Attente des professionnels
- a. Amélioration de la communication envisagée
  - b. Attente de l'EHPAD des prises en charge externes
  - c. Cotation acte pour les médecins généralistes pour les PV
  - d. as professionnels envisagés pour les PV en EHPAD (autres type de pro comme éducateur, APA....)
  - e. ROSP pour les PV
  - f. Unité de gérontopsychiatrie en EHPAD
  - g. Connaissance des réseaux de prise en charge des PV +/-
  - h. Réorientation des PV vers structures spécifiques
  - i. Ressenti des professionnels sur l'avenir
  - j. Développement culturel
  - k. Développement social
  - l. Plus d'argent
  - m. Nécessité d'un accompagnement plus global
- 7- Cohabitation des PV avec les autres résidents
- a. Age PV en EHPAD inférieur au PA non PV en EHPAD
  - b. Différence d'autonomie des PV avec les autres résidents d'EHPAD

- c. Différence de droits des PV par rapport aux PA non PV, une injustice pour certains soignants
  - d. Différences PV vs PA non PV
  - e. Durée de séjour PV vs PA non PV
  - f. Interaction PV vs PA non PV +/- (inclure au questionnaire ?)
  - g. Interactions PA non PV avec PV +/-
- 8- Formation
- a. Connaissance de la psychose par les soignants
  - b. Connaissance des traitements médicamenteux psychiatriques par les médecins généralistes
  - c. Facteurs limitants à la formation
  - d. Formation autodidacte
  - e. Formation par la pratique
  - f. Formation universitaire des soignants
  - g. Formation informelle par les pairs
  - h. Limites de la formation théorique
  - i. Retentissement du manque de formation
  - j. Utilité de la formation +/-
  - k. Expérience professionnelle du soignant
  - l. Formation organisée
  - m. Manque de formation
- 9- Organisation de la prise en charge
- a. Supervision du personnel d'EHPAD par le psychiatre
  - b. Temps dédié à la PEC
  - c. Perte de temps
  - d. Temps imparti à la connaissance du patient
  - e. Retentissement de la T2A
  - f. Délégation de tâche en EHPAD
  - g. Planification de la durée de PEC
  - h. Retentissement de l'individu dans la prise en charge
  - i. Cadre institutionnel, partie intégrante de la prise en charge
  - j. Hiérarchisation des moyens de PEC +/-
  - k. Hospitalisations séquentielles
  - l. Organisation de la prise en charge des PV en EHPAD
  - m. Ressenti des professionnels par rapport à la prise en charge
  - n. Retentissement du vécu des soignants sur la PEC
  - o. Prise en charge pluridisciplinaire du PV +/-
  - p. Place de l'écoute dans la PEC
  - q. PV, un accompagnement très personnalisé
  - r. Indisponibilité des médecins traitants
  - s. Acceptation des soins, un facteur de bonne prise en charge
  - t. Conséquences du positionnement politique du personnel soignant sur la prise en charge

- 10- Communication autour des PV
  - a. Liaison avec le CMP +/-
  - b. Communication externe autour du patient +/-
  - c. Communication interne autour du patient +/-
  - d. Liaison de l'EHPAD avec EMPSA +/-
  - e. Liaison entre CMP et médecin traitant
  - f. Liaison entre psychiatre et les équipes d'EHPAD
- 11- Les rôles des soignants
  - a. Place du psychologue en EHPAD
  - b. Rôle du professionnel pour lui-même
  - c. Rôle des autres soignants
- 12- Le PV dans sa prise en charge
  - a. Implication du PV dans le choix de la prise en charge
  - b. Implication de l'entourage du PV dans le choix la prise en charge
  - c. Finances des PV, facteur limitant de la PEC
  - d. Respecter les refus thérapeutiques PV, un facteur de stabilité
- 13- Relation entre professionnels
  - a. Relation entre médecins et autres professionnels
  - b. Relation du psychiatre avec les autres professionnels
  - c. Relation EHPAD – Hôpital psychiatrique
  - d. Relation EHPAD – médecin traitant
  - e. Relation EHPAD par rapport aux autres intervenants non liés à la psychiatrie
  - f. Relation des professionnels de l'EHPAD avec l'EMPSA
  - g. Relation CMP – EHPAD +/-
  - h. Ressenti des professionnels par rapport à EMSPA
  - i. Ressenti des professionnels par rapport aux autres professionnels +/-
  - j. Relation de confiance des soignants, facteur de bonne prise en charge
  - k. Solitude du soignant
  - l. Attitude des professionnels par rapport aux autres professionnels
  - m. Connaissance personnelle des soignants, facteur de bonne prise en charge
- 14- Traitement médicamenteux
  - a. Adaptation du traitement au vieillissement du PV
  - b. Compliance au traitement et à la prise en charge
  - c. Conséquences somatique du traitement psychiatrique
  - d. Effet cognitif du traitement médicamenteux du PV
  - e. Iatrogénie des psychotropes
  - f. Traitement médicamenteux des PV +/-
- 15- Situation de crise
  - a. Attitude des professionnels en situation de crise
  - b. Causes d'hospitalisation du PV
  - c. Conséquences hospitalisation du PV +/-
  - d. EHPAD, un lieu inadapté au PV en décompensation
  - e. Isolement de l'EHPAD en situation de crise
  - f. Gestion de l'imprévue dans la prise en charge des PV en EHPAD
  - g. Mauvaise adaptation du traitement, facteur de décompensation du PV

- h. Recours aux HP en situations d'urgence +/-
  - i. Relation de l'EHPAD avec les services d'urgences
  - j. Savoir repérer les situations à risques
  - k. Services d'urgences, dernier recours mais inadapté
- 16- Relation soignants – PV
- a. Confiance du PV vis-à-vis des soignants
  - b. Attitude des professionnels par rapport aux PV +/-
  - c. Retentissement sur le PV de la familiarité avec les lieux de soins
- 17- Les réseaux de soins
- a. Fonctionnement du CMP
  - b. Fonctionnement EMSPA +/-
  - c. Manque de personnel en CMP
  - d. Recours d'aide à la prise en charge externe +/-
  - e. Recours externe d'évaluation gériatrique
  - f. Représentation du fonctionnement des CMP pour le personnel d'EHPAD
  - g. Ressenti des professionnels par rapport aux hôpitaux psychiatriques
  - h. Pertinence des réponses apportés +/-
  - i. Isolement géographique de l'EHPAD, facteur limitant aux recours externes
- 18- EHPAD
- a. Fonctionnement EHPAD +/-
  - b. La psychiatrie en EHPAD vs milieu spécialisé
  - c. Limite de l'EHPAD
  - d. Manque de personnel en EHPAD
  - e. Budget des EHPAD +/-
  - f. Turn-over des soignants en EHPAD
  - g. Similitudes des EHPAD avec les hôpitaux psychiatriques
  - h. Un cadre institutionnel en EHPAD +/-
  - i. Restriction de liberté en EHPAD
  - j. Différence EHPAD vs hôpital
  - k. Effet de la gestion administrative de l'EHPAD sur le PV
  - l. EHPAD pas adapté au PV autonome
  - m. EHPAD plus adaptée au PV déficitaires
  - n. EHPAD, unique lieu d'accueil après 60 ans
  - o. EHPAD: un lieu inadapté à l'accueil du PV
  - p. EHPAD : un lieu adapté à l'accueil des PV
  - q. Avoir une unité géro-psycho-geriatrique dans son EHPAD, un risque de transfert de charge de l'hôpital vers l'EHPAD
- 19- Entourage PV
- a. PV : une charge trop lourde pour la famille
  - b. Relation de couple du PV
  - c. Ressenti de la famille des PV par rapport à la prise en charge
  - d. Retentissement de la psychose sur l'entourage du PV
  - e. Effet de l'entourage sur les PV
  - f. Famille des PV +/-