



**Situations complexes/difficiles  
dans le champ des personnes âgées et du handicap  
et coopération avec le secteur de la psychiatrie**

**2016**



# Situations complexes/difficiles dans le champ des personnes âgées et du handicap et coopération avec le secteur de la psychiatrie

Etude réalisée par Laëtitia MARTINEAU, Conseillère Technique,  
Sous la direction de Séverine DEMOUSTIER, Directrice

Etude réalisée à la demande de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire,  
Délégation Départementale de l'Indre-et-Loire

## **CREAI Centre-Val de Loire**

35 avenue de Paris

45000 Orléans

Tel : 02.38.74.56.00

Mail : [creai-centre@centre-centre.asso.fr](mailto:creai-centre@centre-centre.asso.fr)

Site : [www.creaicentre.org](http://www.creaicentre.org)



## **ARS Centre-Val de Loire**

Cité Coligny - 131 rue du Faubourg Bannier

BP 74409

45044 Orléans cedex 1

Tel : 02.38.77.32.32 / Fax : 02.38.54.46.03

Site : [www.ars.centre.sante.fr](http://www.ars.centre.sante.fr)





## REMERCIEMENTS

Le CREAI Centre-Val de Loire tient à remercier :

- les membres du Comité de pilotage pour leur appui technique et les échanges constructifs lors de ces séances ;
- les responsables des structures sollicitées pour leur disponibilité, leur aide dans l'organisation des entretiens et leur accueil ;
- l'ensemble des professionnels pour leur participation;
- l'UNAFAM 37 pour son aide dans la recherche d'aidants ;
- les aidants rencontrés qui ont accepté de partager leurs expériences.
- 

Le CREAI remercie également les personnes qui ont apporté un appui technique à la réalisation de cette étude, et notamment l'équipe de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire Délégation d'Indre-et-Loire et plus particulièrement Madame CHEVALIER, Responsable du Pôle Offre sanitaire et médico-sociale et Madame SALLY-SCANZI, Déléguée Départementale.



## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| REMERCIEMENTS .....  | 5  |
| <i>Introduction</i> .....  | 11 |
| Contexte et méthodologie du diagnostic de besoins .....  | 13 |
| I. Origine de la demande.....  | 14 |
| 1. <i>Genèse de la démarche diagnostique</i> .....   | 14 |
| 2. <i>Le Pays Loire-Touraine : présentation et spécificités</i> .....  | 15 |
| 3. <i>Objectifs de la démarche diagnostique</i> .....  | 17 |
| II. Démarche et méthodologie .....   | 17 |
| 1. <i>La démarche diagnostique</i> .....   | 17 |
| 2. <i>Le déroulement de la démarche diagnostique</i> .....   | 20 |
| III. Les acteurs interrogés .....  | 22 |
| 1. <i>Le panel</i> .....   | 22 |
| 2. <i>Les entretiens réalisés au sein des ESMS</i> .....   | 23 |
| 3. <i>Les entretiens réalisés auprès des services de psychiatrie du CHIC</i> .....   | 23 |
| <i>et de la gérontopsychiatrie du CHU</i> .....  | 23 |
| 4. <i>Les entretiens réalisés auprès d’aidants</i> .....   | 23 |
| IV. Précautions méthodologiques .....  | 26 |
| 1. <i>Concernant l’exploitation des questionnaires</i> : .....   | 26 |
| 2. <i>Concernant les entretiens menés</i> : .....  | 26 |
| 3. <i>Concernant les termes utilisés</i> : .....   | 26 |
| 4. <i>Concernant le contenu du rapport</i> : .....   | 26 |
| Résultats de la démarche diagnostique .....  | 27 |
| 1 <sup>ère</sup> partie : Une définition de la notion de situation complexe/difficile variable selon les acteurs<br>interrogés ..... | 28 |
| I. Pour le secteur personnes âgées .....   | 29 |
| <i>L’accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques</i> .....  | 29 |
| <i>Une mixité du public compliquée en EHPAD</i> .....  | 29 |
| <i>Une violence qui apparaît plus prégnante au sein des EHPAD</i> .....  | 30 |
| <i>Des situations qualifiées comme complexes du fait de l’entourage des personnes accompagnées</i><br>.....                          | 31 |
| II. Pour le secteur du handicap .....  | 32 |
| <i>Le vieillissement des personnes en situation de handicap</i> .....  | 32 |

|   |           |
|---|-----------|
| <i>Un environnement des personnes accompagnées source de difficultés ou qui génère des comportements difficiles.....</i>  | <i>33</i> |
| <i>Des résidents présentant des problématiques psychiatriques parfois importantes .....</i>   | <i>33</i> |
| <i>Une différence dans les perceptions des professionnels, liée au profil du gestionnaire et à son histoire.....</i>  | <i>33</i> |
| <b>III. Des publics à la « frontière » de différents champs qui questionnent le cloisonnement des secteurs .....</b>  | <b>34</b> |
| <i>Un public à la frontière de trois secteurs : handicap, dépendance et psychiatrie .....</i>   | <i>34</i> |
| <i>Protection de l'enfance, délinquance, handicap : .....</i>   | <i>35</i> |
| <i>Un manque d'évaluation des personnes accompagnées.....</i>   | <i>35</i> |
| <b>2<sup>ème</sup> partie : Une réalité : des ESMS tous concernés par l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques en ESMS .....</b>  | <b>36</b> |
| <b>I. Une majorité des structures interrogées accompagnent ou ont accompagné des personnes présentant des troubles psychiques .....</b>   | <b>36</b> |
| <i>1. Pour le secteur des personnes âgées : une majorité de ces situations concerne les EHPAD.....</i>  | <i>36</i> |
| <i>2. Des situations moins nombreuses par structure pour le secteur du handicap .....</i>   | <i>37</i> |
| <b>II. L'accompagnement mené auprès des personnes .....</b>   | <b>38</b> |
| <i>1. Pour le secteur personnes âgées : les points de « tension » identifiés.....</i>   | <i>38</i> |
| <i>2. Pour le secteur du handicap .....</i>   | <i>41</i> |
| <i>A. Les structures avec hébergement : .....</i>   | <i>41</i> |
| <i>B. La particularité de l'ESAT :.....</i>   | <i>41</i> |
| <b>3. L'organisation interne (dont les ressources internes) .....</b>   | <b>43</b> |
| <i>A. Etat des lieux des professionnels ressources au sein des structures :.....</i>  | <i>43</i> |
| <i>B. Variabilité dans le rôle et les missions des médecins psychiatres et des psychologues au sein des ESMS :.....</i>   | <i>44</i> |
| <b>III. Les évolutions en cours au sein des ESMS ou envisagées.....</b>   | <b>47</b> |
| <b>1. Des réorganisations internes.....</b>   | <b>47</b> |
| <i>A. Une prise en compte des nécessaires adaptations des projets des structures .....</i>  | <i>47</i> |
| <i>B. Pour le champ du handicap : une évolution, en cours ou en projet, des modalités d'accompagnement au sein des ESMS, en lien avec les projets personnalisés des personnes accompagnées.....</i> | <i>47</i> |
| <b>2. Un accompagnement à l'adaptation des pratiques professionnelles.....</b>  | <b>48</b> |
| <i>A. Un nécessaire travail et un partage pluridisciplinaires .....</i>   | <i>48</i> |
| <i>B. L'organisation de temps d'échanges autour des pratiques .....</i>   | <i>48</i> |
| <i>C. La formation des professionnels .....</i>   | <i>49</i> |
| <i>D. Un appui de professionnels ressources .....</i>   | <i>50</i> |

|   |           |
|---|-----------|
| 3. La recherche d'appuis extérieurs.....  | 50        |
| <i>A. Pour le champ des personnes âgées : un secteur aux pratiques de coordination importantes notamment pour les services à domicile .....</i> | <i>50</i> |
| <i>B. Pour le champ du handicap : une coordination partenariale non formalisée et peu conséquente.....</i>                                      | <i>51</i> |
| 3 <sup>ème</sup> partie : La coopération entre les établissements et services médico-sociaux et le secteur de la psychiatrie .....              | 53        |
| I. Eléments de contexte .....   | 53        |
| II. Le secteur public et les ESMS .....   | 56        |
| 1. Des attentes fortes de la part du médico-social .....  | 56        |
| 2. Des passerelles à renforcer .....  | 59        |
| III. Le secteur privé et libéral.....   | 61        |
| IV. Les besoins de soutien des ESMS .....   | 62        |
| 1. Des professionnels d'ESMS en demande de soutien.....   | 62        |
| 2. Des ESMS qui ne parviennent pas à répondre à l'ensemble des besoins des personnes :.....   | 63        |
| V. Les perspectives .....   | 66        |
| 1. La prise en compte des dispositions issues de la loi Santé : .....   | 66        |
| <i>Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM).....</i>   | <i>66</i> |
| <i>Projet territorial de santé mentale .....</i>  | <i>66</i> |
| <i>Plateformes Territoriales d'Appui.....</i>   | <i>67</i> |
| <i>Communautés psychiatriques de territoire (décret du 28 octobre 2016).....</i>  | <i>67</i> |
| 2. La prise en compte des mesures de la Mission « Une réponse accompagnée pour tous » :.....  | 68        |
| 4 <sup>ème</sup> partie : Eléments de préconisations issus de la démarche diagnostique .....  | 69        |
| <i>Interconnaissance des acteurs.....</i>   | <i>70</i> |
| <i>Adaptation de l'offre .....</i>  | <i>70</i> |
| <i>Coordination territoriale avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes.....</i>  | <i>71</i> |
| <i>Dans le cadre de l'accompagnement des personnes au sein des ESMS.....</i>  | <i>72</i> |
| <i>Dans le cadre de l'accompagnement des personnes à domicile .....</i>   | <i>72</i> |
| <i>Dans le cadre de la coopération avec le secteur de la psychiatrie .....</i>  | <i>73</i> |
| Conclusion.....   | 74        |
| Bibliographie.....  | 75        |
| Liste des sigles.....   | 77        |
| Liste des figures.....  | 78        |
| ANNEXES.....  | 79        |
| 1 - Détail des formations mises en place ou à venir.....  | 80        |

|   |           |
|---|-----------|
| <i>A – dans le secteur des personnes âgées.....</i>   | <i>80</i> |
| <i>B - dans le secteur du handicap .....</i>  | <i>80</i> |
| <b>2 - Grille d’entretien avec le secteur psychiatrique d’Amboise-Château-Renault .....</b> | <b>82</b> |
| <b>3 - Grille d’entretien avec les ESMS .....</b>   | <b>84</b> |
| <b>4 - Grille d’entretien avec les familles.....</b>  | <b>88</b> |
| <b>5 - Les membres du comité de pilotage .....</b>  | <b>89</b> |

## Introduction

### Contexte

La notion de situation complexe dans le secteur médico-social mais également social a pris de l'ampleur ces dernières années, en lien avec une évolution des publics accompagnés au sein des établissements et services. Souvent utilisé pour caractériser la multiplicité et la diversité des facteurs les générant, cette notion renvoie toutefois à des définitions différentes, en fonction du secteur et des professionnels.

Pour le secteur du handicap, un texte est venu préciser le contour de cette notion pour les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

En effet, le décret du 20 mars 2009<sup>1</sup> donne une définition des situations complexes de handicap, reprise dans l'article D344-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) : « Ces personnes présentent une situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Cette situation résulte :

- Soit d'un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience intellectuelle sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation;
- Soit d'une association de déficiences graves avec un retard mental moyen sévère ou profond entraînant une dépendance importante;
- Soit une déficience intellectuelle, cognitive ou psychique sévère ou profonde associée à d'autres troubles, dont les troubles du comportement qui perturbent gravement la socialisation et nécessitent une surveillance constante. »

Cette description permet d'illustrer la complexité de ces situations et l'intensification des accompagnements qu'elles supposent.

De nombreuses études et recherches ont été réalisées dans le secteur du handicap autour de la notion de situation complexe. Il ressort d'une recherche documentaire menée en 2011 par le CEDIAS que « La communication et ses limitations apparaissent comme le fil rouge des situations complexes de handicap ». <sup>2</sup> En effet, à travers cette recherche, parmi les « facteurs de complexité », deux semblent prédominants :

- D'une part, un mode de perception singulier du monde – de l'espace, du temps, des matières, de son propre corps, etc., qui plonge ainsi les personnes dans un monde qu'elles ne comprennent pas – qui va trop vite, est fragmenté, source d'inconfort ou d'angoisse, etc...
- D'autre part, une très forte limitation en termes de communication sociale qui se traduit le plus souvent par des échanges pauvres avec l'environnement, s'appuyant rarement sur le langage – verbal ou non verbal.

Mais à ces deux facteurs s'ajoute une troisième dimension, particulièrement active dans le domaine de la grande vulnérabilité. C'est la dimension relationnelle entre accompagnants et accompagnés. »

<sup>1</sup> Décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie

<sup>2</sup> Recherche documentaire « Les situations complexes de handicap. Des populations qu'on ne veut pas voir, pas entendre, pas comprendre ? », Juillet 2011, Cédias, CREAI Ile-de-France

Dès lors, cette notion vient interroger deux points : **les modalités d'accompagnement de ces personnes et la coordination des acteurs diversifiés amenés à intervenir auprès de ces dernières, notamment les acteurs du champ médico-social et le secteur de la psychiatrie.**

Dans le cadre de l'évolution du système de santé français tel que défini par la nouvelle loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) en 2009<sup>3</sup>, l'un des enjeux majeurs est l'organisation d'une prise en charge fluide et coordonnée entre acteurs du secteur sanitaire, du médico-social et du social (et à l'intérieur de chacun des secteurs). La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé<sup>4</sup> réaffirme cette nécessité et instaure, dans son article 69, un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Ce projet est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial adapté aux spécificités et aux besoins locaux.

Comme évoqué dans le rapport réalisé pour la Fondation Bennetot en 2011<sup>5</sup>, cet enjeu n'est pas nouveau et se situe à quatre niveaux : **celui des personnes accompagnées et de leurs proches, celui des professionnels, celui des organisations et celui des pouvoirs publics.**

A travers ces constats, la question sous-jacente est celle de la coordination des soins et des accompagnements, question d'autant plus prégnante dans le cadre des situations dites complexes. En région Centre-Val de Loire, le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) et le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social (SROMS)<sup>6</sup> mettent en avant la nécessité de développer cette coordination entre les acteurs du médico-social et du sanitaire. A titre d'exemple, l'objectif opérationnel n°10 prévoit de « Contribuer, par territoire, au renforcement des coordinations des acteurs et des professionnels prenant en charge des personnes handicapées afin d'optimiser les compétences et les complémentarités dans un contexte de démographie médicale et paramédicale non favorables dans les cinq ans à venir ». Cet objectif fait suite au constat des difficultés de coordination identifiées lors des travaux du schéma, concernant principalement les personnes en situation de handicap, les liens entre ESMS et le sanitaire, dont plus particulièrement la psychiatrie.

Dans ce cadre et en lien avec le Programme Territorial de Santé (PTS) du Département de l'Indre-et-Loire 2013-2016, le CREA I a été sollicité pour réaliser une étude-diagnostic autour de la coopération entre le secteur du handicap et des personnes âgées et le secteur de la psychiatrie.

Le questionnement est le suivant : quelle coopération entre le secteur psychiatrique et ces établissements médico-sociaux pour améliorer la fluidité du parcours et la qualité de la prise en charge ? Quels accompagnements sont menés par les ESMS auprès de personnes en situation dite complexe ?

---

<sup>3</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>4</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>5</sup> La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, étude réalisée pour la Fondation Paul Bennetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-Paris Tech, M. BLOCH, L.HENault, GC SARDAS, S.GAND, Février 2011

<sup>6</sup> 2013-2016

## Contexte et méthodologie du diagnostic de besoins

## I. Origine de la demande

### 1. Genèse de la démarche diagnostique

La Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé de l'Indre-et-Loire (DD ARS 37) a sollicité le Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations (CREAI) Centre-Val de Loire, pour une étude relative à l'accompagnement de situations complexes et la coopération avec le secteur de la psychiatrie.

Cette demande fait suite au constat de la DD ARS 37 de l'existence de situations critiques dans le département de l'Indre-et-Loire au sein d'établissements pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap.

Ce constat a été établi d'une part, du fait des situations évoquées dans le cadre de la Commission départementale des situations critiques pilotée conjointement par la DD ARS et la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées). Les situations présentées sont souvent liées à l'évolution des publics pris en charge dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS), notamment :

- déficience associée à des troubles;
- publics frontières entre le secteur médico-social et le secteur de la psychiatrie ;
- mise en échec des équipes en ESMS ;
- hospitalisation en urgence en service de psychiatrie avec retour à une stabilisation de l'état de la personne puis un retour en ESMS mais une nouvelle source d'échec.

Ces situations complexes sont souvent liées à de la violence, de l'agressivité, des troubles du comportement conduisant à des situations de crise avec les autres résidents, avec les équipes (droit de retrait, arrêts-maladies) et à des hospitalisations.

D'autre part, dans le cadre du Programme Territorial de Santé (PTS) d'Indre-et-Loire, la feuille de route « santé mentale » identifie un besoin de soutien psychiatrique au sein des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et la feuille de route « handicap » identifie le même besoin pour les ESMS adultes pour la gestion des situations complexes.

A partir de ces constats et comme évoqué dans le cadre du PTS, la DD ARS 37 a souhaité pouvoir disposer d'un état des lieux global sur le département de ces situations au sein des ESMS et de leurs ressources internes et externes en psychiatrie.

Du fait notamment des travaux en cours du Contrat Local de Santé (CLS), la DD ARS 37 a souhaité approfondir cet état des lieux sur le secteur du Pays Loire Touraine.

## 2. Le Pays Loire-Touraine : présentation et spécificités

Le Pays Loire Touraine est situé au Nord-Est du département de l'Indre-et-Loire et regroupe 55 communes au total. Le Pays Loire Touraine se structure autour de cinq villes : Amboise, Bléré, Château-Renault, Montlouis-sur-Loire et Vouvray.

Le territoire est composé de cinq communautés de communes : Bléré Val de Cher, Castelrenaudais, l'Est Tourangeau, Vouvrillon et Val d'Amboise.

Le pays se situe à proximité des agglomérations de Tours, Blois et Vendôme.

### Offre médico-sociale :

Les ESMS du champ du handicap et des personnes âgées présents sur le Pays sont regroupés sur 13 communes. En avril 2016, 33 ESMS sont présents sur ce territoire, les structures les plus représentées relèvent du secteur du handicap enfant et adulte (18 structures).

Au total, 8 EHPAD sont présents sur ce secteur et 7 SSIAD y interviennent.

### Offre de soins en psychiatrie :

« La Région dénombre 145 psychiatres libéraux, soit une densité de **5,7 professionnels pour 100 000 habitants**, densité statistiquement inférieure à celles du Département (11,6) et de la France hexagonale (**7,9**). Sur le territoire d'étude, on dénombre **3 psychiatres libéraux**. »<sup>7</sup>

Dans le cadre du diagnostic local mené par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) réalisé à partir de données quantitatives et d'entretiens avec les professionnels du territoire et de la population, il a été mis en avant l'existence d'une offre de soins en santé mentale insuffisante, un difficile recours aux soins pour les malades ainsi que des problématiques plus prégnantes parmi les sujets âgés.

Le secteur de psychiatrie qui intervient sur le périmètre du Pays est géré par le Centre Hospitalier Intercommunal Amboise Château-Renault (CHIC). Le service de psychiatrie adulte recouvre un service de 50 lits sur le site de Château-Renault et 30 places d'hôpital de jour (15 à Château-Renault et 15 à Amboise).

Deux Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont présents à Château-Renault et Amboise.

Le service de gérontopsychiatrie rattaché au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours (CHRU) a été créé (en 2010), suite à un appel à projet national. Les missions du service sont :

- la réalisation de consultations ambulatoires de recours au sein de l'antenne de Bretonneau avec la consultation Mémoire et le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR).
- l'intervention pour des consultations extérieures au sein d'EHPAD. Ces interventions sont réalisées dans le cadre d'une contractualisation entre le service et l'EHPAD.

### Le lien avec les deux champs :

Les différents schémas du Département mettent en avant le nécessaire développement des liens entre ces deux champs.

---

<sup>7</sup> Diagnostic local de santé en vue de l'élaboration du Contrat Local de Santé, Pays Loire Touraine, ORS Centre-Val de Loire, Février 2016

A titre d'exemple, le dernier Schéma départemental en faveur des adultes handicapés<sup>8</sup> dresse un état des lieux des relations entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire dont « *les liens ne sont pas développés sur l'ensemble du département. De plus, lorsque des liens existent, les différents partenaires ne sont pas toujours satisfaits des modes de collaboration existants. [...] les ESMS et le secteur public psychiatrique rencontrent de part et d'autre des difficultés : le secteur hospitalier accueille des personnes dont l'état de santé stabilisé justifierait leur prise en charge.* »

Parmi les actions à mettre en œuvre, la fiche action n°7 du présent schéma fixe comme objectif de « Favoriser le développement de liens avec le secteur sanitaire et psychiatrique ».

---

<sup>8</sup> 2012-2016 du Conseil départemental de l'Indre-et-Loire

### 3. Objectifs de la démarche diagnostique

L'objectif de cette démarche consiste à mettre en avant et objectiver les besoins du territoire, en tenant compte de l'ensemble des acteurs : ESMS, ARS, MDPH, Conseil Départemental, secteur de psychiatrie, aidants, en lien avec les travaux du Contrat Local de Santé (CLS).

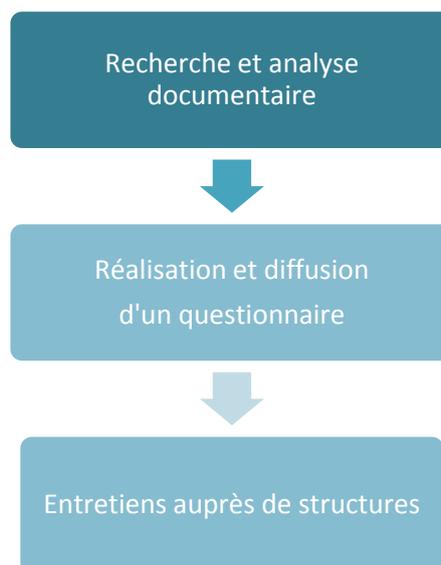
Les axes de travail identifiés par la DD ARS 37 sont :

- Un axe transversal sanitaire-médico-social relatif à la coopération entre les ESMS et le secteur de psychiatrie ;
- Un axe intra-médico-social sur l'évolution des pratiques au sein des ESMS pour l'accompagnement de publics dits « complexe ».

## II. Démarche et méthodologie

### 1. La démarche diagnostique

Le présent diagnostic s'est déroulé en trois phases :



#### Phase 1 : Recherche et analyse documentaire

En amont de la réalisation de la démarche et des étapes présentées ci-après, il était nécessaire que le CREAI s'approprie la connaissance déjà produite sur le sujet, repère les enjeux relatifs à l'accompagnement de ces situations et puisse mettre en lien les problématiques recensées au niveau national ou dans d'autres régions avec celles du Département de l'Indre-et-Loire.

Pour ce faire, il a été réalisé une revue de la littérature. L'objectif de cette première étape était de pouvoir identifier les problématiques à exploiter lors de cette démarche diagnostique mais également de mieux appréhender le territoire (le département et le Pays Loire Touraine). L'ensemble des publications étudiées ont été essentielles pour la construction des grilles d'entretiens afin de prendre en compte les axes repérés comme déterminants dans l'accompagnement des personnes en

situation complexe et les questionnements autour de la coopération entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire.

Dans ce cadre, les principaux travaux menés ces dix dernières années sur ces thématiques au niveau national mais aussi régional et départemental (études, rapports, schémas) ont été étudiés et pris en compte dans le présent rapport.

## Phase 2 : Réalisation d'un questionnaire à destination de l'ensemble des ESMS (handicap et personnes âgées) du département de l'Indre-et-Loire

Pour objectiver le besoin de prise en charge psychiatrique non couvert au niveau départemental, une enquête a été réalisée début 2016 par la DD ARS 37 pour recenser les ressources internes ou externes en psychiatrie des ESMS et mesurer les besoins de soutien psychiatrique non couverts par les ressources disponibles.

Pour ce faire, un questionnaire a été transmis le **8 février 2016** par la DD ARS 37 à l'ensemble des établissements et services du département œuvrant dans le champ des personnes âgées (EHPAD et SSIAD) et des personnes en situation de handicap, via le logiciel d'enquêtes SOLEN.

Ce questionnaire était composé de 16 questions et organisé en trois grandes parties :

1. Description des ressources psychiatriques internes de l'établissement ou du service
2. Description des ressources psychiatriques externes de l'établissement ou du service
3. Description du besoin de soutien psychiatrique dans l'établissement ou le service

La clôture de l'enquête a été réalisée le **18 mars 2016**.

Au total, 106 questionnaires ont été renseignés soit un taux de retour de **53%**.

**Figure 1- Nombre et taux de retour par catégorie**

| Catégorie  | Nombre de retours | Taux de retours par catégorie |
|--|-------------------|-------------------------------|
| Secteur personnes âgées (= EHPAD)                | 35                | <b>64,81%</b>                 |
| Secteur personnes handicapées (enfant et adulte) | 64                | 49,61%                        |
| SSIAD  | 7                 | 41,17%                        |

**A noter :** Le taux de réponse obtenu, inférieur à 66%, ne permet pas d'assurer la significativité des données recueillies par catégorie. Ainsi, l'amélioration de la représentativité du panel d'ESMS enquêtés est passée par une méthode de redressement selon ces critères (catégorie et nombre d'ESMS sollicités par catégorie).

Le taux de retour en EHPAD est de plus de 64%, à l'inverse, parmi les SSIAD, moins de 42% d'entre eux ont répondu à cette enquête.

**Figure 2 - Profil des répondants au questionnaire**

| EHPAD                                      | SSIAD                                 | Secteur personnes handicapées   |
|--|---------------------------------------|---|
| 16 EHPAD publics (dont 3 hospitaliers)     | 4 privés SSIAD non lucratifs          | 39 structures secteur du handicap adulte (32 établissements et 7 services). |
| 19 EHPAD privés (dont 10 privés lucratifs) | 3 SSIAD publics (dont 2 hospitaliers) | 25 structures secteur du handicap enfant (14 établissements et 11 services) |

**Figure 3 - Profil des répondants pour le secteur Loire Touraine**

34 destinataires, 18 réponses soit un taux de retour de **52,94%**.

| Catégorie                        | Nombre de retours | Taux de retours par catégorie |
|----------------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Secteur personnes âgées (=EHPAD) | 6                 | 75%                           |
| Secteur personnes handicapées    | 10                | 55,56%                        |
| SSIAD                            | 2                 | 28,58%                        |

*Détail des 10 ESMS répondants pour le secteur du handicap :*

- 7 secteur adulte : 1 ESAT, 1 FV/FO, 2 FV, 1 FH, 2 FAM.
- 3 secteur enfant : 1 ITEP, 1 IME, 1 SESSAD.

*Détail des 6 EHPAD :* 3 EHPAD publics (dont un hospitalier), 2 EHPAD privés lucratifs et 1 EHPAD associatif.

### Phase 3: Organisation d'entretiens auprès des structures identifiées sur le secteur du Pays Loire Touraine

Afin d'affiner les résultats issus de l'état des lieux quantitatif, des entretiens semi-directifs ont été organisés.

Les objectifs de cette phase étaient d'investiguer deux axes de réflexion :

- ➔ la coopération entre les ESMS et le secteur de psychiatrie et ses modalités, notamment :
  - ✗ les modalités de coopération ;
  - ✗ les modalités de recours à la psychiatrie (en urgence ou en anticipé) ;
  - ✗ les supports d'échange d'information utilisés ;
  - ✗ les types d'informations partagées.
- ➔ les pratiques en ESMS pour l'accompagnement de publics en situation complexe ou difficile, notamment :
  - ✗ les situations identifiées comme complexes par les professionnels;
  - ✗ le fonctionnement interne des ESMS ;
  - ✗ l'organisation pour la prise en charge des situations complexes ; méthodes - pratiques – approches (thérapie institutionnelle, prescription médicamenteuse, prise en charge individuelle ou en groupe, etc.) ;
  - ✗ l'organisation du lien avec la psychiatrie ;
  - ✗ les éventuelles adaptations internes mises en place ;
  - ✗ les éventuels souhaits, besoins et perspectives dans le cadre de ces accompagnements.

A travers l'ensemble de ces étapes, les enjeux étaient de pouvoir identifier :

- ☑ le nombre de situations concernées sur l'ensemble du territoire de l'Indre-et-Loire ;
- ☑ des organisations – pratiques qui fonctionnent et celles à faire évoluer sur les deux axes ;
- ☑ des solutions innovantes en termes d'accompagnement (évolutions des pratiques professionnelles en ESMS) et/ou de coopération ;
- ☑ des pistes de préconisations.

## 2. Le déroulement de la démarche diagnostique

La démarche s'est déroulée **de février 2016 à décembre 2016**.

En amont de la réalisation de la phase 3, un comité de pilotage organisé par la DD ARS 37 a été mis en place. Ce comité s'est réuni à deux reprises, **le 22 avril** et **le 7 octobre**.

Ce comité de pilotage a été constitué afin de valider la méthodologie, favoriser et nourrir les échanges à partir des résultats obtenus via les questionnaires et les entretiens ainsi que pour ajuster, si besoin, les axes de travail.

L'objectif était de pouvoir faire participer l'ensemble des acteurs concernés par la thématique, dans un objectif de représentativité.

Ainsi, le comité de pilotage était composé d'un représentant du Département, de la Directrice de la MDPH, de représentants d'organismes gestionnaires d'ESMS, de la Présidente de l'UNAFAM 37, de la Responsable du service de psychiatrie adulte du CHIC, le Responsable du pôle de psychiatrie du CHRU de Tours, la Fédération Autisme Centre, le Président du CLS Loire Touraine.

En outre, **le 3 novembre 2016**, un groupe de travail a été organisé par la DD ARS 37 avec l'ensemble des acteurs interrogés dans le cadre des entretiens afin de pouvoir partager les premiers résultats qui se dégagent de la démarche qualitative et ainsi pouvoir échanger avec eux sur les pistes de travail identifiées.

Ce travail sera présenté lors d'une réunion départementale organisée par la DD ARS 37 dont l'objectif sera de présenter et de mettre en débat les résultats de cette démarche.

**Figure 4 - Calendrier global de la démarche**

| Période                         | Objet   |
|---------------------------------|---|
| Février                         | Lancement enquête départementale quantitative   |
| Mi-mars                         | Retour questionnaires   |
| Début avril                     | Etat des lieux de la littérature nationale et locale  |
| Avril                           | Exploitation enquête quantitative ( <i>158 destinataires, 16 questions</i> )  |
| Avril                           | Identification des ESMS qui feront l'objet de l'enquête qualitative (à partir des résultats enquête quantitative et échanges lors du GT)  |
| Avril                           | Réalisation des grilles d'entretiens (3 grilles)  |
| 22 avril<br>9h30- 12h           | Premier comité de pilotage : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Présentation des résultats d'exploitation des questionnaires</li> <li>➤ Validation des ESMS identifiés</li> <li>➤ Présentation des grilles d'entretien</li> </ul> |
| 2 <sup>ème</sup> semaine de mai | Envoi courrier notification aux ESMS retenus pour l'étude qualitative   |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Juin à septembre</b>      | Réalisation des entretiens sur sites   |
|                              | Exploitation et analyse des entretiens   |
| <b>7 octobre<br/>10h-12h</b> | Second comité de pilotage : restitution étude CREAM et définition des messages/ propositions à porter.   |
| <b>3 novembre</b>            | <p>Organisation d'un groupe de travail local entre ESMS et psychiatrie auprès de l'ensemble des acteurs interrogés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Présentation de l'état des lieux réalisé par le CREAM</li> <li>➔ Echanges /poursuite des réflexions</li> </ul> |
| <b>16 décembre</b>           | Organisation d'une réunion sur le Pays Loire Touraine pour partager les résultats  |

### III. Les acteurs interrogés

#### 1. Le panel

Le panel des acteurs interrogés a été défini à partir :

- ✗ de leur localisation ou leur intervention sur le secteur du Pays Loire Touraine
- ✗ des réponses au questionnaire
- ✗ du statut du gestionnaire (public/privé)
- ✗ de la « typologie » de la structure

L'objectif était de pouvoir constituer un panel hétérogène et ainsi d'interroger des professionnels de structures diversifiées.

Une proposition des acteurs à interroger a été présentée en comité de pilotage le 22 avril 2016 pour échanges et validation. Suite à cette réunion les acteurs retenus ont été :

- ✗ 2 aidants adhérents à l'Union Nationale des Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques de l'Indre-et-Loire (UNAFAM 37)
- ✗ Le service de psychiatrie adulte du CHIC
- ✗ Le service de gérontopsychiatrie rattaché à l'hôpital de Tours
- ✗ Pour le secteur du handicap :
  - L'IME La Boisnière de Château-Renault géré par le groupe SOS
  - L'ESAT La Boisnière de Château-Renault géré par le groupe SOS
  - Le Foyer de Vie (FV) de Vouvray géré par l'ADAPEI 37
  - Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) Le Clos Alban géré par l'Association Arc-en-ciel
- ✗ Pour le secteur des personnes âgées :
  - L'EHPAD Amboise-Paré géré par le CHIC
  - L'EHPAD de Bléré, établissement public autonome
  - Le SSIAD géré par la Mutualité Française Centre-Val de Loire
  - Le SAAD géré par l'ASSAD-HAD

L'objectif de ces entretiens, organisés au sein de ces structures, était de pouvoir rencontrer un panel des professionnels présents et également, pour les structures concernées, de pouvoir interroger des professionnels de nuit.

La méthodologie retenue a été l'organisation d'entretiens individuels semi-directifs à partir de grilles d'entretien présentées et validées lors du comité de pilotage du 22 avril 2016.

Ces entretiens, d'une durée de **20 minutes à 2 heures**, ont été organisés de **juin à septembre 2016** auprès de **53 personnes**.

## 2. Les entretiens réalisés au sein des ESMS

Les professionnels sollicités ont été choisis à partir des critères de sélection ci-dessous :

- ✕ dans l'idéal, une certaine ancienneté du professionnel au sein de la structure ;
- ✕ pour les structures concernées, une répartition équilibrée entre les professionnels du soin et les professionnels de l'éducatif et un professionnel de nuit ;
- ✕ l'entretien au préalable avec un responsable/cadre de direction afin notamment d'avoir une présentation générale de la structure avant la réalisation des entretiens avec les professionnels.

Ces entretiens ont permis d'interroger une variété de professionnels travaillant au sein de structures intervenant sur le Pays Loire Touraine :

- direction et cadres de direction,
- professionnels soignants et paramédicaux,
- professionnels éducatifs,
- professionnels de nuit.

Ces professionnels ont été interrogés sur :

- leur vision de la notion de situation complexe/difficile,
- les ressources mobilisées (internes et externes) dans le cadre de ces situations,
- leurs souhaits, besoins et perspectives dans le cadre de l'accompagnement de ces situations,
- leur regard et leur connaissance sur le secteur de la psychiatrie,
- la coopération menée avec le secteur de la psychiatrie.

Pour les psychologues et les médecins psychiatres interrogés, un point spécifique a été réalisé sur le détail de leurs missions et de leur rôle au sein des organisations.

## 3. Les entretiens réalisés auprès des services de psychiatrie du CHIC et de la gérontopsychiatrie du CHU

Après une présentation du service et du professionnel interrogé, l'objectif était de pouvoir questionner les professionnels sur :

- leur sentiment général relatif à la coopération avec le secteur médico-social,
- l'organisation avec le secteur médico-social, dont un zoom sur la gestion des entrées et des sorties,
- leurs souhaits, besoins et perspectives.

## 4. Les entretiens réalisés auprès d'aidants

L'objectif de ces deux entretiens était de pouvoir recueillir le témoignage de proches et d'aidants adhérents à l'UNAFAM 37 sur leurs parcours dans le cadre de l'accès aux soins psychiatriques et le recours au secteur médico-social.

Les proches de ces personnes étant tous les deux des adultes, il a été demandé aux aidants de se baser sur des faits chronologiques et non pas seulement sur un ressenti du parcours des familles, même si ces éléments ont bien évidemment été pris en compte.

La recherche des aidants volontaires pour participer à cette étude a été réalisée par l'UNAFAM 37.

Ces entretiens ont été réalisés le 20 juillet 2016 auprès de deux aidants (une mère et un frère).

**Figure 5 -Tableau récapitulatif des entretiens réalisés et des personnes interrogées**

| <b>Structure</b>   | <b>Date entretiens et nombre de professionnels interrogés</b> | <b>Profil des personnels interrogés</b>  |
|--|---|--|
| <b>E.H.P.A.D.<br/>Amboise Paré</b>                           | le 27 juillet – 5 professionnels                              | - Cadre de santé<br>- 2 infirmiers<br>- 1 ASH<br>- 1 aide-soignant   |
| <b>E.H.P.A.D.<br/>Bléré</b>                                  | le 30 juin – 6 professionnels                                 | - Directeur<br>- Médecin coordonnateur<br>- Psychologue<br>- Cadre de santé<br>- Un aide-soignant<br>- Un infirmier de nuit            |
| <b>S.S.I.A.D.<br/>Mutualité Française Indre<br/>Touraine</b> | Le 5 juillet – 6 professionnels                               | - Directeur<br>- 4 Infirmiers coordinateur<br>- 1 aide-soignant  |
| <b>FV -La Bellangerie - ADAPEI 37<br/>Foyer de vie/AJ</b>    | le 14 septembre – 7 professionnels                            | - Directeur du pôle habitat<br>- Chef de service<br>- Psychologue<br>- 3 AMP<br>- 1 surveillant de nuit                                |
| <b>IME "La Boisnière"</b>                                    | Le 8 septembre – 6 professionnels                             | - Directeur<br>- Chef de service<br>- Médecin psychiatre<br>- Un coordinateur<br>- Un éducateur spécialisé<br>- Un surveillant de nuit |
| <b>FAM LE CLOS D'ALBAN</b>                                   | le 5 septembre – 7 professionnels                             | - Directeur adjoint<br>- Chef de service<br>- Médecin psychiatre   |

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
|   |                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinateur</li> <li>- Educateur sportif</li> <li>- Psychologue</li> <li>- Infirmier</li> </ul>                                      |
| <b>ESAT "Les Ateliers de Brenne"</b>  | le 22 juin – 5 professionnels    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeur</li> <li>- 2 moniteurs d'atelier</li> <li>- Coordinatrice de projet</li> <li>- Chef de service</li> </ul>                   |
| <b>ASSAD-HAD</b><br><b>Service d'aide à domicile</b>  | le 19 juillet – 5 professionnels | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Directeur général</li> <li>- Directeur du Pôle Services</li> <li>- Un responsable de secteur</li> <li>- 2 aides à domicile</li> </ul> |
| <b>Service de psychiatrie adulte</b><br><b>Centre Hospitalier Intercommunal</b><br><b>Amboise Château-Renault</b> | le 29 juin – 3 professionnels    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin responsable du service</li> <li>- Psychologue</li> <li>- Cadre de santé</li> </ul>  |
| <b>Unité de gérontopsychiatrie</b><br><b>Clinique psychiatrique</b><br><b>universitaire</b><br><b>CHU Tours</b>   | le 22 juillet                    | Médecin responsable du service   |
| <b>UNAFAM 37</b><br><b>Entretiens avec 2 aidants</b>  | le 20 juillet                    |  |

Au total, **53 personnes** ont été interrogées dans le cadre de cette enquête qualitative et **106 structures** dans le cadre du questionnaire.

## IV. Précautions méthodologiques

### 1. Concernant l'exploitation des questionnaires :

Le taux de réponse obtenu, inférieur à 66%, ne permettait pas d'assurer la significativité des données recueillies par catégorie. Ainsi, l'amélioration de la représentativité du panel d'ESMS enquêtés est passée par une méthode de redressement selon ces critères (catégorie et nombre d'ESMS sollicités par catégorie).

Pour les résultats obtenus sur le Pays Loire Touraine, du fait de la taille de l'échantillon et du nombre de retours obtenus, ceux-ci sont présentés en données brutes.

### 2. Concernant les entretiens menés :

Il s'agit ici de témoignages, de partage d'expériences, de ressentis, d'expériences inspirantes et non du bilan global de l'accompagnement mené par l'ensemble des structures présentes sur le Pays Loire Touraine. Il en est de même pour la partie relative à la coopération avec le secteur de la psychiatrie.

### 3. Concernant les termes utilisés :

**La notion de troubles psychiques** est utilisée ici à partir des éléments transmis par les professionnels lors des entretiens.

**La notion de situation complexe** a volontairement été élargie à la notion de situation difficile et/ou complexe. Lors des entretiens réalisés, le choix a été d'élargir les questionnements autour de ces deux notions et de demander une définition de celles-ci aux professionnels interrogés afin d'éclairer sur ces situations et leurs contours.

### 4. Concernant le contenu du rapport :

Certaines situations vécues par les différents acteurs interrogés sont présentées dans le présent rapport sous forme de vignettes afin de pouvoir illustrer concrètement les situations rencontrées et les questionnements des professionnels.

# Résultats de la démarche diagnostique

## 1<sup>ère</sup> partie : Une définition de la notion de situation complexe/difficile variable selon les acteurs interrogés

Lors des entretiens réalisés auprès des professionnels, une partie d'entre eux est parvenue à distinguer les deux notions.

Une situation difficile est considérée comme le fait de ne pas trouver la solution pour laquelle l'ESMS est missionné.

Une situation complexe est présentée comme une situation qui demande plus d'énergie, de la réflexion, mais pour laquelle une recherche de solution est possible même si la personne présente un cumul de problématiques.

Par conséquent, dans cette distinction réalisée, il apparaît que les situations complexes ne sont pas synonymes de critiques.

En termes de pratiques, pour les professionnels interrogés, la notion de situation complexe ou difficile est reliée à des difficultés pour répondre aux besoins de certaines personnes accompagnées. Ces situations ont également été reliées à l'entourage de la personne.

Deux éléments qualificatifs de ces situations ressortent toutefois en majorité par les professionnels : une situation de violence et/ou des comportements « inédits ».

*« Des situations de violence, d'agressivité envers les autres résidents et les professionnels. »*

*« Des situations que je ne sais pas gérer et/ou qui interrogent les limites des missions de la structure »<sup>9</sup>*

Toutefois, il convient de souligner que **le regard sur ces notions et leur définition sont sensiblement variables en fonction des secteurs, des structures mais aussi des fonctions occupées.**

En effet, les problématiques et les questionnements soulevés varient largement en fonction du secteur des personnes âgées et celui du handicap. En effet, ces deux secteurs accompagnent des publics aux profils et aux besoins différents.

A travers cette démarche, pour les deux champs (personnes âgées et personnes en situation de handicap), le constat partagé est celui **d'une évolution des publics accompagnés** et une plus grande **hétérogénéité dans le profil des personnes accompagnées**, ce qui peut rendre plus complexes le travail réalisé et l'accompagnement mené.

---

<sup>9</sup> Citations issues des entretiens réalisés avec des professionnels interrogés dans le cadre de cette démarche.

## I. Pour le secteur personnes âgées

### *L'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques*

Pour l'ensemble des structures interrogées dans ce champ, la notion de situation complexe ou difficile renvoie à des situations de personnes accompagnées ou de leur entourage présentant, pour les professionnels, des troubles psychiques.

Il s'avère toutefois difficile pour une part importante des professionnels intervenant auprès des personnes de pouvoir identifier l'origine du trouble. En effet, il transparaît, au travers des entretiens réalisés, une difficulté pour certains professionnels de pouvoir distinguer ce qui est du ressort de la maladie d'Alzheimer ou apparentée et ce qui ressort d'un trouble psychique.

« *La frontière entre la psychiatrie et la démence c'est pas toujours très clair.* »<sup>10</sup>

Les situations les plus difficiles sont celles pour lesquelles les personnes ne disposent pas de suivi et ne sont pas « connues » des services de psychiatrie. De ce fait, pour ces situations, aucun relais n'est possible pour les structures.

### *Une mixité du public compliquée en EHPAD*

Cette mixité se situe au niveau des **pathologies des personnes** mais également **des âges**. En effet, dans certains EHPAD cohabitent des personnes aux profils hétérogènes et diversifiés, avec notamment des personnes présentant des troubles cognitifs, dans le cadre de pathologies liées à l'âge, des personnes souffrant de troubles psychiques, des personnes déficientes intellectuelles, des personnes avec des problématiques dues à l'alcoolisme avec démence.

Ce constat rejoint celui mis en avant notamment par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM)<sup>11</sup> qui souligne l'existence de « *publics accueillis présentant des profils diversifiés, des pathologies multiples (la moitié présente une maladie d'Alzheimer ou apparentée), différents degrés de dépendance, des parcours et des environnements spécifiques, des différences socio-économiques et culturelles... autant de caractéristiques qui renvoient à des attentes, des besoins et des manières d'habiter l'espace commun sensiblement différents [...]* ».

Au-delà de l'hétérogénéité des pathologies, la présence de public jeune en EHPAD a été particulièrement soulignée par les professionnels des deux EHPAD interrogés. Dans ce cadre ont été évoqués les cas de dérogations d'âge à l'entrée, c'est-à-dire de personnes arrivant en EHPAD avant l'âge de 60 ans, qui sont des situations particulièrement préoccupantes pour ces professionnels, notamment du fait des écarts d'âge qu'elles entraînent entre les résidents. En effet, au niveau national, plus des trois quarts des personnes hébergées en EHPAD (78 %) ont 80 ans ou plus à la fin 2011 et l'âge moyen est de 85 ans<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Citations issues des entretiens réalisés avec des professionnels interrogés dans le cadre de cette démarche.

<sup>11</sup> Note de cadrage de mars 2010 relative à la qualité de vie en EHPAD

<sup>12</sup> DREES, Etudes et résultats, N° 899 • décembre 2014

## ***Une violence qui apparaît plus prégnante au sein des EHPAD***

L'analyse des entretiens réalisés auprès des EHPAD a permis de constater que, pour illustrer ces situations, les professionnels ont plus souvent cité les termes de violence, d'agressivité, qui transparaissent également dans les exemples de situations présentées par ces professionnels.

*Exemple de situation évoquée par les professionnels : des personnes agressives lors des toilettes, verbalement mais aussi physiquement (giffles, coups)*

Face à ce constat, certains questionnements apparaissent : est-ce que ces situations se révèlent effectivement plus nombreuses dans ce secteur ou les professionnels sont-ils moins préparés à être confrontés à ces situations ?

En effet, il convient de mettre en avant la part plus conséquente de professionnels, en charge de l'accompagnement des personnes, peu ou non formés, notamment dans les EHPAD et le contenu des formations initiales des professionnels.

En outre, la notion d'agressivité est-elle adaptée pour décrire ces situations ? Les professionnels sont-ils assez sensibilisés aux différentes pathologies et à leurs manifestations ? Une psychologue interrogée dans un EHPAD préfère, elle, le terme d'agitation à celui d'agressivité, plus adapté aux situations rencontrées selon elle.

Un élément important également à prendre en compte pour les EHPAD est celui de **l'évolution entre le public initialement prévu au sein de ces structures lors de leur création et le public actuellement accompagné**. Le développement des dispositifs d'aide au maintien à domicile a engendré une arrivée plus tardive en EHPAD et une augmentation du niveau de dépendance, ainsi que la part des personnes présentant des pathologies liées à l'âge.

Parallèlement, le public de ces établissements s'est étendu face à l'absence de solution pour certains publics, notamment pour les personnes vieillissantes en situation de handicap et les personnes vieillissantes en difficulté de logement.

Certains professionnels ont d'ailleurs, lors de l'illustration de leurs difficultés dans le cadre d'accompagnements, fait le lien avec l'évolution des EHPAD ces dernières années.

Ces constats rejoignent ceux mis en lumière par une étude de la DREES<sup>13</sup> en septembre 2016 « *D'après l'enquête EHPA de la DREES conduite en 2007, 42 % des résidents en EHPAD ont été diagnostiqués comme souffrant d'une pathologie démentielle, soit environ 240 000 personnes. Par ailleurs, des publics auparavant non représentés dans les établissements tendent à apparaître parmi les résidents : personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou encore personnes présentant des conduites addictives. Préalablement pris en charge par d'autres institutions ou accédant nouvellement à une espérance de vie accrue, ces publics sont intégrés parmi les résidents sans pour autant bénéficier d'une réponse spécifique en matière d'accompagnement.* »

<sup>13</sup> Les dossiers de la DREES, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », Septembre 2016

La difficulté, pour les professionnels, est de faire la différence entre les troubles psychiques et la démence. Cette situation s'explique par le fait que la démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive<sup>14</sup>.

### ***Des situations qualifiées comme complexes du fait de l'entourage des personnes accompagnées***

De fait de leurs missions, de leurs interventions sur le lieu de vie des personnes, les professionnels des services à domicile sont amenés à intervenir en contact avec l'entourage des personnes accompagnées.

Ce point a été majoritairement soulevé dans le cadre des entretiens menés avec les professionnels du SSIAD pour lesquels les situations complexes étaient toutes du fait de proches d'usagers (parent ou conjoint).

*Exemple de situation évoquée par les professionnels : un parent vivant avec la personne accompagnée, qui présente des problématiques psychiatriques et qui peut être un frein à la réalisation de l'accompagnement de la personne et à son bien-être.*

---

<sup>14</sup> Organisation Mondiale de la Santé, La démence, Aide-mémoire N°362, Avril 2012

## II. Pour le secteur du handicap

Il ressort des entretiens menés **une variabilité importante dans la description de ces situations** par les professionnels du champ du handicap. Les situations évoquées peuvent être regroupées en trois catégories : personnes vieillissantes, difficultés sociales, problématiques psychiatriques.

### *Le vieillissement des personnes en situation de handicap*

Pour deux des structures interrogées (ESAT et FV), la problématique actuelle qui questionne les équipes et renvoie, selon elles, aux limites des missions de la structure, est le vieillissement des personnes accompagnées. Ces situations sont qualifiées de complexes, voire dans certains cas de difficiles car les besoins des personnes accompagnées ne peuvent être totalement satisfaits en termes d'accompagnement et d'hébergement.

En effet, parmi les sujets d'interrogation évoqués, **le cadre de vie non adapté** a été mis en avant, tout comme l'absence d'équipement spécialisé, l'augmentation du nombre d'accompagnements vers le soin et en lien, l'absence de professionnels soignants au sein de ces structures.

Dès lors, les professionnels se sentent en difficulté dans l'accompagnement proposé à ces personnes. Plus globalement, cette évolution des publics questionne les modalités d'accompagnement proposées, les professionnels présents au sein des structures et leurs adaptations à l'évolution du public.

#### **Zoom sur le vieillissement des personnes en situation de handicap**

«La France, comme la plupart des pays industrialisés, connaît un net vieillissement de la population. Le vieillissement des adultes handicapés fait aujourd'hui écho à cette tendance générale. Conséquence des progrès de la médecine et de l'amélioration des conditions de vie et de la prise en charge médico-sociale, l'accroissement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap se traduit dans les établissements du secteur par un bouleversement démographique : en dix ans, le nombre « d'usagers » de plus de 45 ans a doublé. L'augmentation du nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux n'avait pas été anticipée au moment de la structuration du secteur. Elle interroge aujourd'hui tant les pratiques d'accompagnement au sein des institutions que le rôle des pouvoirs publics dans l'évolution des réponses. »

Priorité énoncée dans le SROMS de la région Centre-Val de Loire : deux études ont été réalisées pour l'ARS par le CREAI auprès des ESAT, FV et des FAM. Ces études ont notamment mis en avant l'importante, pour les structures :

- d'intégrer cette question dans le projet d'établissement et anticiper les adaptations à mettre en place (accessibilité et aménagement des locaux, choix de matériel adapté, activités proposées, etc.) ;
- de sensibiliser les professionnels à un « nouveau » mode de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ;
- de redonner du sens à la mission éducative face au vieillissement des personnes handicapées ;
- de développer les compétences des équipes (formation, observation, outils facilitant le repérage des signes de vieillissement, etc.) ;
- De développer des partenariats spécifiques.

**Sources : Etudes du CREAI réalisées à la demande de l'ARS Centre-Val de Loire, «La prise en compte du vieillissement des adultes handicapés en FAM et FV », 2013 et « La prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT », 2012**

### ***Un environnement des personnes accompagnées source de difficultés ou qui génère des comportements difficiles***

Ce point a été particulièrement évoqué par les professionnels de l'IME pour lesquels certaines situations familiales engendrent des situations complexes voire difficiles.

Les exemples pour illustrer ces situations étaient tous reliés à des situations familiales dans lesquelles les jeunes se retrouvent livrés à eux-mêmes. De ce fait, le cadre de l'IME peut engendrer des situations « explosives » où les jeunes testent les limites.

Certains professionnels ont même évoqué la notion de « handicap social » des familles, caractérisé, selon Manuel Luis Lopez<sup>15</sup>, par « des difficultés de communication et de compréhension des codes sociaux qui entravent les capacités d'insertion dans la société ».

Ces situations génèrent un handicap supplémentaire pour le jeune, du fait de l'absence d'un milieu structurant et structuré.

### ***Des résidents présentant des problématiques psychiatriques parfois importantes***

Dans ce cadre, différentes situations ont été présentées par les professionnels, les plus problématiques d'entre elles sont reliées aux situations où les personnes ne disposent pas d'un suivi ou ont arrêté un suivi psychiatrique mis en place. *(Ce point sera développé dans la seconde partie du rapport).*

### ***Une différence dans les perceptions des professionnels, liée au profil du gestionnaire et à son histoire***

Il apparaît, dans le cadre des entretiens menés, une différence notable entre les structures interrogées que nous pouvons relier à l'histoire du gestionnaire. En effet, le ressenti des professionnels est sensiblement différent en fonction de l'histoire des associations interrogées qui ne se situent pas à la même « étape » dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique.

En effet par exemple, un des établissements du panel d'enquête est géré par l'ADAPEI 37, association créée par des parents d'enfants déficients intellectuels. Par conséquent, le projet de l'association depuis sa création était centré sur l'accompagnement de ces personnes. L'arrivée au sein de ces structures de personnes présentant des troubles et aux profils et aux besoins très différents des personnes déficientes intellectuelles interroge les projets des structures et les accompagnements menés.

Ce point met en avant une des évolutions majeures du secteur du handicap, notamment depuis 2005, qui est la diversification des typologies de handicap des personnes accompagnées. Ce constat a, par exemple, été mis en lumière pour les ESAT par l'enquête ES 2006 qui note que la moitié des places en ESAT agréés concerne des personnes ayant une déficience intellectuelle (53,8%) et 32,8% des places sont consacrées à l'accueil de personnes ayant une déficience intellectuelle et un handicap psychique. Entre 2001 et 2006, alors que la population déficiente intellectuelle baissait dans les effectifs de l'ESAT de 7,2 points, la population caractérisée par un handicap psychique croissait de 24,8 points.

---

<sup>15</sup> « Les "Handicapés sociaux" et leur resocialisation : Diversité des pratiques et ambiguïté de leurs effets », *Déviance et société*, vol. 2, n° 3, 1978.

### III. Des publics à la « frontière » de différents champs qui questionnent le cloisonnement des secteurs

A travers la description des situations complexes et parfois difficiles pour les professionnels des ESMS interrogés, on constate l'existence de situations à la frontière des secteurs qui construisent le champ de l'aide et de l'action sociales. Celles-ci interrogent et remettent en cause une certaine « plasticité » de ces différents secteurs.

En effet, au-delà de la question des publics à la frontière de la psychiatrie et du secteur médico-social, point qui sera développé dans la seconde partie de ce rapport, deux éléments sont apparus :

- des publics à la frontière des trois champs du handicap, de la dépendance et de la psychiatrie,
- des publics à la frontière des champs de la protection de l'enfance, du handicap et de la délinquance.

#### *Un public à la frontière de trois secteurs : handicap, dépendance et psychiatrie*

Ce public à la frontière de ces trois secteurs est présent au sein d'EHPAD, de structures spécialisées pour personnes en situation de handicap ou dans les services de psychiatrie. En effet, en fonction des territoires, des situations et des places disponibles, ces personnes ne seront pas orientées vers les mêmes dispositifs.

Pour ces trois secteurs, le questionnement est celui de l'accompagnement le plus adapté et le plus pertinent pour ces personnes. En effet, le point commun des questionnements des professionnels dans ce cadre est comment, en tant que structure spécialisée dans un secteur, répondre à l'ensemble des besoins de ces personnes ?

#### **ZOOM : Le regard d'un aidant**

Monsieur X s'occupe de sa sœur diagnostiquée schizophrène à base paranoïaque depuis plus de 20 ans. Après un parcours autonome puis une prise en charge au sein d'une clinique psychiatrique, sa sœur a été orientée vers un EHPAD du Pays Loire Touraine depuis plus de deux ans à l'âge de 67 ans. Cet accompagnement par l'EHPAD se fait en lien avec le service de psychiatrie qui intervient en cas de crises. Sans remettre en cause le travail réalisé par ces deux structures, pour cet aidant, cette situation n'est pas optimale pour la malade et sa pathologie, notamment du fait des allers-retours entre les deux structures et le manque d'activités en EHPAD, ainsi que le manque de formation pour l'accompagnement de personnes avec des troubles psychiques.

Pour la personne, lorsqu'elle a des périodes de lucidité, les questions sont nombreuses car elle ne comprend pas pourquoi elle est là avec des « vieux ». Par conséquent, elle fugue régulièrement. Dans ce cas, l'EHPAD se tourne vers le service de psychiatrie de Château-Renault qui intervient pour une hospitalisation de 2 semaines à 1 mois, car les professionnels de l'EHPAD ne savent pas quoi faire. C'est une solution par défaut et fragile.

### ***Protection de l'enfance, délinquance, handicap :***

Ce point recouvre différentes situations, un point particulier sur le territoire a été souligné : la part des enfants en situation de handicap en structure, suivis également par les services de la Protection de l'Enfance.

La problématique qui est cruellement posée est celle des jeunes de 18 ans et plus, décrits par certains acteurs comme des jeunes « dont on ne sait plus quoi faire ».

Pour ces situations également, ce qui interroge, c'est l'acteur le plus pertinent pour les accompagner (psychiatrie-IME-Protection de l'Enfance) mais également leur orientation, car de plus en plus de jeunes sortent, notamment des IME, sans solution, c'est-à-dire sans projet, refusant souvent la poursuite d'un accompagnement médico-social ou de soin.

Sur le territoire du Pays Loire Touraine, l'IME interrogé accueille environ 30% de jeunes qui ont un suivi par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Cette situation n'est pas particulière au territoire interrogé, le Défenseur des Enfants a d'ailleurs consacré un rapport spécifique à cette situation en 2015<sup>16</sup>.

### ***Un manque d'évaluation des personnes accompagnées***

Pour les deux champs, la difficulté se situe autour de l'évaluation des pathologies des personnes. En effet, pour les situations les plus complexes, la majorité ne dispose pas d'évaluation. Certains professionnels mettent en avant le manque d'informations dans les dossiers des personnes étudiées avant l'admission.

 *Il convient de souligner que ce point concerne d'autres champs non étudiés dans le cadre de cette démarche : le secteur de la Protection de l'Enfance et les acteurs de la protection juridique des majeurs vulnérables.*

- La notion de situation complexe ne signifie pas, pour les professionnels, que ces situations ne relèvent pas de leurs missions.
- Ces situations ne sont pas uniquement liées aux caractéristiques et aux besoins des personnes accompagnées, mais par exemple à leur entourage et/ou à leur environnement.
- Ces situations sont à un instant T.
- Ces situations ne sont pas toujours rattachées à des situations de violence.
- Un questionnaire qui apparaît plus large que le champ des personnes âgées et du handicap.
- Le point commun de ces situations, qualifiées de difficiles pour les professionnels, est qu'elles viennent questionner non seulement les pratiques, réinterroger les modalités d'accompagnement, l'organisation interne, mais également l'organisation des secteurs dans leur ensemble.

<sup>16</sup> Rapport Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles, Défenseur des enfants, 2015.

## 2<sup>ème</sup> partie : Une réalité : des ESMS tous concernés par l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques en ESMS

Comme précisé précédemment, la notion de troubles psychiques est ici issue du regard des professionnels. Or, à travers les entretiens réalisés, on constate qu'il s'avère difficile pour une part importante des professionnels intervenant auprès des personnes de pouvoir identifier l'origine du trouble. En effet, il apparaît une difficulté pour une grande part d'entre eux de pouvoir distinguer, par exemple, des troubles psychiques et des troubles du comportement ou ceux liés à une situation de démence.

### I. Une majorité des structures interrogées accompagnent ou ont accompagné des personnes présentant des troubles psychiques

Au total, pour l'ensemble des répondants à l'enquête, **399 usagers** accompagnés en 2015 ont posé des difficultés de prise en charge en raison de problèmes d'agressivité, de violence et pour lesquels un besoin de soutien psychiatrique s'est manifesté. Dans l'ensemble, ces situations sont minoritaires au sein des structures mais il s'agit de situations qui demandent pour les professionnels un travail conséquent et parfois chronophage.

#### Pour le secteur Loire Touraine – Détail des réponses

**13 sur 18 répondants sur ce secteur** ont déclaré que les équipes manifestent un besoin de soutien psychiatrique dans leur travail au quotidien que l'ESMS ne parvient pas à couvrir avec ses ressources : 4 EHPAD, 1 SSIAD, 4 FV/FO, 1 ESAT, 1 FH, 1 FAM et 1 ITEP.

Au total cela représente **79 personnes accompagnées** en 2015 sur 12 réponses.

*Type de soutien demandé par les professionnels :*

- Soutien pour régulation de situation de crise (12 sur 13 répondants)
- Participation à des réunions de synthèse individuelles ou d'échanges sur les pratiques professionnelles (10 sur 13 répondants)
- Formation (3 sur 13 répondants)

#### 1. Pour le secteur des personnes âgées : une majorité de ces situations concerne les EHPAD

Parmi ces usagers, 204 étaient en EHPAD, soit **plus de 51% des usagers concernés**, répartis sur 21 EHPAD du département sur les 35 répondants à l'enquête.

Pour ces établissements, le nombre d'usagers concernés était de 1 à 30 personnes par EHPAD avec une moyenne brute par EHPAD de moins de 10 situations.

A noter, 7 EHPAD sont au-dessus de 10 situations. Parmi ces établissements, on retrouve 5 EHPAD publics (*communal ou intercommunal*) et deux privés non lucratifs. Attention toutefois, le nombre de situations est à relier avec le nombre de places par structure, souvent plus important pour les EHPAD publics, mais également au profil du public accompagné qui serait, selon les acteurs interrogés, plus diversifié au sein des EHPAD publics. Ce ressenti peut s'expliquer, en partie, par les coûts des EHPAD qui sont plus élevés au sein des EHPAD privés : Ce ressenti a été exprimé lors des entretiens.

A titre d'exemple, en 2012, le coût moyen mensuel pour un EHPAD public était de 1 400 € contre 2 100 € pour un EHPAD privé.<sup>17</sup>

Pour le Pays Loire Touraine, 4 EHPAD et 1 SSIAD sont concernés par ces situations qui représentaient 57 personnes en 2015 dont 30 sur un EHPAD.

Lors des entretiens réalisés en EHPAD, pour illustrer ces situations, les professionnels ont notamment évoqué les personnes sorties de psychiatrie qui arrivent en EHPAD.

**Ces situations questionnent les professionnels tant du fait de l'âge des personnes lors de leur arrivée au sein de l'EHPAD que de leurs besoins et des difficultés qu'elles engendrent au quotidien en interne mais aussi avec leur environnement.**

En effet, au-delà de l'âge de ces personnes qui arrivent majoritairement vers 60 ans, ce qui interroge les professionnels est la réponse à leurs besoins, qui selon eux, ne peut être mise en œuvre du fait des missions des EHPAD et des professionnels présents (formation et nombre de professionnels présents par résident).

## 2. Des situations moins nombreuses par structure pour le secteur du handicap

Pour les structures du handicap répondantes à l'enquête, 195 situations ont posé, en 2015, des difficultés de prise en charge en raison de problèmes d'agressivité, de violence et pour lesquelles un besoin de soutien psychiatrique s'est manifesté. Ces situations concernent au total 37 structures différentes.

Pour ces établissements, le nombre d'usagers concernés par structure était de 2 à 20 situations avec une moyenne brute de 5 situations.

Les ESMS au-dessus de cette moyenne brute de 5 usagers sont au nombre de 10. Il s'agit majoritairement de structures pour adultes en situation de handicap (FV/FO, FV, SAVS-SAMSAH, équipe mobile, FH, ESAT, FH, ESAT, SESSD).

Pour le Pays Loire-Touraine, parmi les répondants, on retrouve ce même constat de situations majoritairement présentes au sein de structures pour adultes. En effet, sur les 8 structures qui ont déclaré être concernées par ces situations, 7 étaient des établissements pour adultes.

Dans le cadre des entretiens réalisés, différentes situations ont été évoquées par les professionnels : **les personnes ne disposant pas forcément d'un diagnostic, les personnes ayant auparavant bénéficié d'un suivi psychiatrique, celles bénéficiant d'un traitement médicamenteux avec ou sans suivi par un médecin psychiatre en libéral ou par le secteur public.**

Une part importante de professionnels déplore l'absence de diagnostic pour une majorité des personnes accompagnées, ce qui ne facilite pas, selon eux, un accompagnement optimal, adapté aux problématiques et aux besoins des personnes.

---

<sup>17</sup> Observatoire des EHPAD, KPMG, 2013

## II. L'accompagnement mené auprès des personnes

### 1. Pour le secteur personnes âgées : les points de « tension » identifiés

#### A. Pour les EHPAD :

Les situations de « tensions » identifiées dans le cadre des entretiens se situent à deux niveaux : **la vie collective et l'accompagnement individuel des personnes.**

Dans le cadre de l'accompagnement individuel des personnes, les situations difficiles pour les professionnels sont centrées sur des comportements non à propos, de violences, voire d'un comportement qualifié de non « adapté ».

Ces situations surviennent majoritairement dans le cadre de la toilette, temps qui peut être source de difficultés pour les professionnels qui ne savent pas toujours comment réagir face à certains comportements et notamment le refus.

*Exemple de situation évoquée par les professionnels : la toilette doit être réalisée tous les jours mais en cas de violences, de troubles d'une personne, est-ce opportun de réaliser une toilette et, pour ce faire, de la réaliser à deux professionnels, ou n'est-il pas préférable de la reporter au lendemain ?*

Dans ce cas, certaines réflexions restent à mener au sein de ces structures sur le libre choix, sur la souplesse possible par rapport au cadre et à l'organisation prévue.

Dans le cadre des EHPAD, la notion de temps est à prendre en compte pour illustrer les difficultés rencontrées par les professionnels pour lesquels le temps « chronométré » pour réaliser leurs tâches a été mis en avant, notamment la toilette et le temps des repas. De ce fait, il apparaît plus complexe pour les professionnels de pouvoir être souples et de s'adapter à chaque résident.

Dans le cadre de la vie en collectivité, les **difficultés de cohabitation** avec les personnes âgées dépendantes ont été mises en avant pour ces situations, principalement du fait de la manifestation de certains troubles (agitations, cris, violences physiques ou verbales), mais également de situations de violences de résidents envers les autres résidents. Ces difficultés ont été reliées à l'hétérogénéité des publics accueillis au sein de ces structures.

Un point important de la vie en collectivité, potentiellement source de difficultés pour les professionnels et les résidents, est le temps des repas pouvant accentuer certains troubles, notamment du fait du nombre de résidents présents.

Il convient également de souligner la particularité de la nuit en EHPAD où certains troubles peuvent resurgir.

La survenue de ces comportements a été reliée, au-delà des problématiques des personnes, à une **absence d'activité adaptée ou à une activité proposée pas assez importante pour ces personnes.**

Selon les professionnels, cette situation génère de l'ennui, ce qui va engendrer des troubles.

Il convient de préciser que la notion d'activité est entendue ici au sens large des animations organisées par la structure et ne comprend pas, par exemple, les ateliers thérapeutiques.

Pour l'animation, ce point met en avant l'organisation actuelle d'EHPAD où celle-ci est réalisée par un professionnel dédié qui porte les projets d'animation et les activités réalisées parfois pour plus de cent résidents. En outre, selon certains professionnels interrogés, les formations de ces professionnels ne les préparent pas à l'animation auprès de publics déments, qui nécessite un accompagnement spécifique.

Pour certains professionnels, l'arrivée en EHPAD pour ces personnes peut même entraîner une dégradation de certaines situations qui se traduit notamment par une augmentation de comportements « à problèmes » (exemple : agressivité verbale). Pour A. Ploton<sup>18</sup>, « le placement, aussi inévitable soit-il, constitue une rupture majeure. Même dans le meilleur des cas, l'intéressé passe d'une vie où l'on compte, où l'on est acteur central, à un semblant de vie où tout est réglé au bon vouloir des autres »; cette entrée devient alors, pour N. Lepine<sup>19</sup>, « un moment de crise et de remaniement psychique pour l'intéressé et l'aidant principal ».

Face aux situations les plus problématiques, un travail spécifique en équipe peut être mené pour travailler **une stratégie de soins et d'accompagnement**, mais la difficulté **est celle d'avoir la même pratique pour l'ensemble des professionnels**. Or, c'est un point primordial pour l'accompagnement de certaines pathologies.

En effet, certaines orientations d'accompagnement peuvent être travaillées en équipe et même avec des services de psychiatrie, mais, dans ces cas, il s'avère difficile de mettre en place un accompagnement harmonisé des professionnels.

Parmi les principales raisons évoquées pour expliquer ces difficultés des professionnels, le manque de « recul », la formation initiale des professionnels et le regard des familles. Les familles sont un paramètre à prendre en compte dans le travail réalisé car leur regard est important pour les professionnels qui peuvent parfois appréhender leurs réactions par rapport à certains accompagnements.

Les professionnels interrogés en contact direct avec les résidents ont pu exprimer leurs appréhensions pour ces situations, avec la crainte « de mal faire » et le risque également pour les autres résidents. En effet, pour certains professionnels, pour les personnes qui arrivent en EHPAD relativement autonomes, le manque de stimulation peut entraîner une régression de ces personnes en lien avec un manque de temps exprimé par les professionnels.

Lors de la réunion de restitution, deux professionnels d'EHPAD ont également souligné le besoin d'intervention, auprès de résidents, d'un assistant social de secteur au sein de leur structure. Cette intervention pourrait, par exemple, permettre une aide des résidents et de leurs familles à la constitution de dossiers d'ouverture de droits ou les informer sur les aides existantes.

### ***B. Pour les services à domicile : un travail et une réflexion d'équipe facilitée en SSIAD***

Dans le cadre des entretiens menés, deux services aux missions et aux organisations différentes ont été interrogés. Par conséquent, un état des lieux distinct est réalisé.

---

<sup>18</sup>A.PLOTON, « À propos du placement des personnes âgées » Gérontologie et société, n° 112, 2007

<sup>19</sup> Nadège LEPINE, « Alliance soignants-familles », Lettre de psychogériatrie 2013

En effet, le SAAD et le SSIAD interrogés ne présentent pas les mêmes questionnements ni les mêmes publics.

Pour le SSIAD, les principales situations rencontrées ne concernent pas les personnes accompagnées elles-mêmes mais leur entourage. De ce fait, **les questionnements et les difficultés des professionnels se situent plus au niveau des limites de leurs missions et de leurs interventions.**

En effet, le questionnement des professionnels porte sur : comment composer et accompagner avec un entourage parfois « nocif » pour la personne ? Quel relais possible quand on ne suit pas une personne ?

Pour le SAAD, ce service intervient depuis de nombreuses années auprès de personnes également suivies par le CHIC de Château-Renault. Dans ce cadre, en amont de l'intervention du service, le choix des aides à domicile amenées à intervenir va être réalisé en fonction des profils des intervenantes à domicile.

Le questionnement dans ce cadre se situe davantage autour du manque de coordination interne et des difficultés pour le service, du fait des financements prévus, de pouvoir organiser des temps collectifs entre les professionnels.

## 2. Pour le secteur du handicap

### **A. Les structures avec hébergement :**

Tout comme les EHPAD, deux niveaux sont à distinguer : la vie collective et l'accompagnement en individuel.

Certains établissements ont été confrontés il y a plusieurs années à la présence de situations difficiles caractérisées par la violence. Dans ce cadre, **l'importance du travail d'équipe et de la nécessaire souplesse des accompagnements** ont été mis en avant par les professionnels interrogés.

Certains ont d'ailleurs pu relier ou tenter de trouver des « explications » à l'origine de ces troubles. Pour certains, l'expression de troubles a été reliée à un souhait des personnes accompagnées d'attirer l'attention des professionnels. En outre, l'organisation interne et la vie institutionnelle auraient un impact sur les résidents et sur l'expression de troubles. En effet, le contexte général de la structure a été mis en avant comme pouvant être angoissant pour les résidents et notamment le cas d'absences importantes et de turnover des salariés ou plus généralement, l'inquiétude des professionnels qui peut elle-même engendrer des troubles.

De même, pour les structures concernées, le travail de concert entre les professionnels soignants et éducatifs a été présenté comme une évolution importante, permettant une stratégie globale d'accompagnement.

Toutefois, certains aspects restent à améliorer au sein des organisations et notamment autour de la crise et de son anticipation. Ce point vient mettre en lumière l'importance de **l'évaluation** des personnes accompagnées au sein des structures. Or, celle-ci reste compliquée à réaliser et prend du temps. Pour les structures pour adultes, le manque d'informations avant l'accueil des personnes a été mis en avant. Ce point interroge plus globalement **les liens entre les acteurs du secteur du handicap** qui varient en fonction des structures et qui s'organisent de façon non formalisée et interpersonnelle.

### **B. La particularité de l'ESAT :**

La particularité au sein d'un ESAT est le travail demandé aux personnes en situation de handicap et le cadre général à respecter (rythme et horaires). Or, pour les personnes présentant des troubles psychiques, cette régularité peut être difficile à respecter.

Pour l'ESAT interrogé, les situations difficiles dans ce cadre se situent au niveau de l'absentéisme de ces personnes, allant parfois même jusqu'à un abandon de poste.

Les professionnels de l'ESAT ont adapté leurs modalités d'intervention auprès de ce public et ont dû développer de nouvelles stratégies auprès des personnes en prenant en compte leurs capacités, plus importantes que les personnes déficientes intellectuelles et, de ce fait, en réorganisant la répartition du travail.

Cette nouvelle organisation s'adaptant aux profils et aux potentialités des travailleurs en situation de handicap demande, pour les professionnels, une plus grande souplesse et une adaptation plus régulière.

En outre, cette diversité dans le profil des travailleurs en situation de handicap nécessite une plus grande vigilance des professionnels dans l'organisation de l'atelier et engendre plus de difficultés, de conflits entre les travailleurs aux profils très variés.

En outre, comme mis en avant par l'étude OPUS 3<sup>20</sup> qui constate que les situations rencontrées par les ESAT à travers les personnes relevant de handicap psychique sont d'autant plus difficiles à accompagner que « le handicap psychique se présente le plus souvent avec un handicap social ou une histoire sociale de vie difficile ».

Par conséquent, au-delà des éléments liés à l'activité de production en ESAT et la gestion des groupes, les professionnels sont confrontés à des situations sociales difficiles et des personnes qui n'ont pas toujours d'accompagnement à l'extérieur de l'ESAT. Dans ce cadre, ces situations interrogent l'étendue des missions pour l'ESAT.

---

<sup>20</sup> Etude de novembre 2009 relative à l'«Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des établissements et services d'aide par le travail dans leurs missions médico-sociale et économique » réalisée par OPUS 3 pour la Direction Générale de la Cohésion Sociale

### 3. L'organisation interne (dont les ressources internes)

#### A. Etat des lieux des professionnels ressources au sein des structures :

35,5 % des répondants à l'enquête disposent de ressources internes formées en psychiatrie. Ces structures sont en très nette majorité dans le secteur du handicap (33 structures) et concernent 3 EHPAD (2 publics dont 1 hospitalier et 1 EHPAD privé lucratif).

Pour le secteur du handicap, les structures pour enfants disposent davantage de professionnels formés en interne :

**Figure 6 - Détail du profil des répondants pour le secteur du handicap**

|                |   |
|----------------|---|
| Secteur enfant | 1 CAMSP, 7 ITEP, 5 IME, 3 SESSAD, 1 SEES, 1 AT, 1 UES, 1 GASD.        |
| Secteur adulte | 4 ESAT, 1 SAMSAH, 1 SAVS-SAMSAH, 2 FAM, 2 FV, 1 FV-FO, 1 MAS, 1 SAVS. |

**Figure 7 - Profil des professionnels formés au sein des structures concernées**

| Profil             | Nb de structures concernées | Secteur         |                 |       |
|--------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------|
|                    |                             | Handicap enfant | Handicap adulte | EHPAD |
| Médecin psychiatre | 28                          | 21              | 6               | 1     |
| Infirmier          | 6                           | 2               | 4               |       |
| Médecin            | 5                           | 2               | 1               | 2     |
| Autres *           | 6                           |                 | 5               | 1     |

*\*A noter, le questionnaire ne prévoyait pas de précision pour la catégorie « Autres ».*

On constate la **présence plus conséquente de professionnels formés au sein du secteur du handicap enfant** ; ce constat est à croiser avec les établissements les plus en difficulté pour répondre aux besoins de certaines personnes accompagnées que sont les établissements pour adultes et les EHPAD.

**Figure 8 - Tableau de temps de présence des professionnels ressources dans le champ du handicap en ETP**

*A noter, du fait du peu de structures concernées dans le champ des personnes âgées, le détail des réponses n'est pas présenté car non significatif.*

| Profil             | Handicap enfant | Nb de structures concernées | Handicap adulte | Nb de structures concernées* |
|--------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|------------------------------|
| Médecin psychiatre | 8.76            | 18                          | 1.085           | 6                            |
| Infirmier          | 0.50            | 1                           | 6               | 4                            |
| Médecin            | 0.80            | 1                           | 0.14            | 1                            |
| Autres             |                 |                             | 2.58            | 4                            |

On constate que **les temps de présence de ces professionnels ressources sont proportionnellement plus importants pour le secteur enfant**. A titre d'exemple, au total, parmi les répondants pour le secteur enfant, 8.76 ETP de médecin psychiatre pour 18 répondants contre 1.085 ETP pour le secteur adulte pour 6 répondants.

Les temps de présence de ces professionnels varient fortement en fonction de leur profil, les temps de présence les plus réduits étant ceux des médecins. En effet, parmi les réponses exploitables (33 sur 36 réponses), pour les 25 structures qui disposaient d'un temps de psychiatre, cela représente au total 10.045 ETP soit une moyenne de 0.40 ETP par structure (de 0.10 ETP à 4.1 ETP pour un CAMSP). De même pour les médecins, un total de 2.44 ETP pour 5 réponses exploitables soit une moyenne de 0.60 ETP (2 EHPAD, 1 FAM, 1 CAMSP).

Pour les infirmiers, ceux-ci sont présents exclusivement au sein d'établissement du secteur du handicap (2 FAM, 1 MAS, 1 ITEP et 1 SAMSAH) avec un total de 6.5 ETP pour 5 ESMS, soit une moyenne de 1.3 ETP.

Parmi ces réponses, 7 structures disposent de plusieurs profils de ressources internes formées (de 2 à 3 profils de professionnels différents) : CAMSP, 2 FAM, IME, ITEP, EHPAD (privé lucratif), SAMSAH. A noter, parmi ces structures, 3 sont spécialisées dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique (SAMSAH, SAVS et FAM).<sup>21</sup>

#### Pour le secteur Loire Touraine

**5 sur 18** disposent en interne de professionnels formés en psychiatrie.

*Les établissements concernés sont uniquement du secteur du handicap et concernent 3 établissements (FV-FO, ESAT et ITEP) et 2 services (SESSAD, IME).*

Le profil des professionnels formés (4 précisions) : 2 disposent d'un temps de médecin psychiatre à 0,16 ETP, 1 dispose d'un temps de médecin psychiatre à 0,18 ETP et une structure dispose d'un professionnel formé présent à 0.15 ETP (pas de précision sur le profil de ce professionnel).

### **B. Variabilité dans le rôle et les missions des médecins psychiatres et des psychologues au sein des ESMS :**

Les entretiens menés ont permis de mettre en lumière **une variété très forte dans le rôle et l'étendue des missions** des médecins psychiatres et des psychologues en fonction des institutions, de leurs projets et de la pratique des professionnels.

Majoritairement professionnels ressources pour les équipes dans le cadre de l'accompagnement de situations difficiles ou complexes, les modalités de leurs interventions varient en fonction des organisations.

De même, lorsque que ces deux professionnels sont présents au sein d'une même structure, les modalités de travail conjoint varient en fonction de leur approche. En effet, au-delà des ressources à disposition des structures, un point central a été mis en avant, celui de **la coordination nécessaire entre le médecin psychiatre et le psychologue.**

Pour l'ensemble des médecins psychiatres interrogés, leurs missions sont regroupées en trois points : **le suivi individuel de personnes accompagnées par la structure, un rôle de coordination des équipes soignantes au sein des ESMS et de lien avec le secteur de la psychiatrie.**

<sup>21</sup> Le détail des réponses structure par structure a été joint en annexe.

Les entretiens réalisés ont mis en avant la variabilité de leurs approches. En effet, deux approches sont mises en œuvre par les professionnels interrogés : majoritairement l'approche via la thérapie institutionnelle et celle médicamenteuse.

Cette différence impacte les missions et le travail réalisé par les médecins psychiatres, l'approche via la thérapie institutionnelle nécessitant un travail de proximité et un travail plus conséquent auprès des équipes.

Pour les situations complexes ou difficiles, cette approche nécessitera un temps peut-être plus important de travail interne pour la mise en œuvre d'une stratégie de soin.

Mais dans les deux cas, ces médecins mettent en avant les demandes parfois pressantes des professionnels dans le cas de situations complexes ou difficiles, pour lesquelles ceux-ci souhaitent des réponses immédiates. La difficulté dès lors, notamment dans le cadre de l'approche institutionnelle, est de faire adhérer certains professionnels. Cette difficulté a été principalement soulignée en EHPAD et en FAM.

Pour les psychologues, les entretiens menés ont permis de mettre en avant le nombre important des missions confiées à ces professionnels. Même si celles-ci varient en fonction de leur temps de présence, plus conséquent dans le secteur du handicap, et du nombre de personnes accompagnées, elles peuvent être regroupées en quatre grandes missions : l'accompagnement des personnes et parfois de leurs proches, l'appui aux équipes, le travail de partenariat et les « temps institutionnels » (réunions internes et participation aux projets de la structure).

Pour les psychologues interrogés, ces deux derniers points représentent une part conséquente de leur temps.

**Cette étendue des missions, reliée à un nombre parfois conséquent de personnes accompagnées par la structure (à titre d'exemple, un ETP de psychologue pour un EHPAD de 240 places) questionne le temps restant à leur disposition pour le suivi des résidents et l'étayage des professionnels.**

S'agissant de l'appui des équipes, celui-ci intervient dans le cadre de réunions internes ou d'un appui renforcé, notamment dans le cadre de situations complexes ou difficiles.

L'appui de ces professionnels est variable en fonction de leur temps de présence au sein de l'EHPAD. Nous ne disposons pas des chiffres pour la région Centre-Val de Loire, mais une analyse des rapports d'activité des EHPAD réalisée par l'ORS Midi-Pyrénées pour l'ARS<sup>22</sup> a mis en avant que les temps de travail des psychologues en EHPAD étaient de 0.1 à 1 ETP. Cependant, ce temps de présence n'a pas été relié au nombre de places par EHPAD. Ces écarts sont liés en partie au fait que ces postes sont financés sur la partie hébergement des EHPAD et que leur financement relève donc des Départements.

Il convient de souligner que le travail réalisé par ces professionnels est conditionné à l'adhésion des équipes au travail proposé. A titre d'exemple, pour pouvoir réaliser des évaluations ou identifier les origines de la survenue de troubles, les psychologues doivent pouvoir s'appuyer sur une observation des professionnels qui sont au quotidien avec les personnes. Or, en fonction des structures et malgré les outils mis en place, l'adhésion des professionnels est parfois difficile à obtenir.

Cependant, les professionnels interrogés ont, pour une large majorité d'entre eux, mis en avant l'importance de ce professionnel au sein de la structure, notamment face à une situation complexe

---

<sup>22</sup> « Analyse des rapports d'activité psychologue des EHPAD de la région Midi-Pyrénées, 2012 ORS Midi-Pyrénées pour l'ARS

ou difficile, tant pour aider dans la compréhension de certains comportements que pour venir en appui et questionner et adapter les pratiques.

**L'association de l'équipe à la recherche de solutions, au questionnement autour des pratiques, est un facteur clé indispensable pour permettre une évolution des modalités d'accompagnement au sein des structures.** Les professionnels sont alors rendus acteurs, sont associés à la recherche d'adaptations. Ce point a particulièrement été souligné en EHPAD où un travail nécessaire « d'autonomisation » des professionnels a été souligné.

#### Les situations « bloquantes » identifiées :

- Ces situations sont minoritaires au sein des structures mais elles demandent un temps de travail très conséquent pour les équipes.
- Les personnes qui ont eu un suivi psychiatrique et qui refusent le soin OU les personnes qui refusent le soin.
- Difficultés renforcées pour les ESMS ne disposant pas de temps de médecins psychiatres ou de psychologues.
- Des ruptures dans les parcours des personnes.

#### *Pour le champ du handicap : des ruptures identifiées dans les parcours :*

- Le passage du secteur enfant au secteur adulte (exemples : arrêts de suivis médicaux, manque de transmission d'informations entre ESMS).
- Des structures pour adultes moins dotées en professionnels ressources, plus en difficultés.
- Dans le passage entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

### III. Les évolutions en cours au sein des ESMS ou envisagées

#### 1. Des réorganisations internes

##### **A. Une prise en compte des nécessaires adaptations des projets des structures**

La majorité des responsables de structures ont mis en avant la nécessaire adaptation globale de leur structure. En fonction des acteurs interrogés, celle-ci est déjà en œuvre ou en projet.

Cette prise en compte passe tout d'abord par **un travail de réflexion sur le projet de la structure et de sa pertinence par rapport au public accompagné et ses besoins**.

Ce questionnement peut se traduire par la suite **par une réorganisation ou une nouvelle appropriation des locaux de la structure**, comme par exemple la création de lieux dédiés au « répit » au sein des structures pour permettre aux personnes qui le souhaitent de pouvoir s'isoler.

En effet, notamment dans le cadre de publics présentant des troubles, il transparaît l'importance de diminuer au maximum la vie en collectivité pour ces derniers. En outre, dans une part conséquente des situations difficiles ou complexes évoquées par les professionnels, beaucoup d'entre elles ont été reliées à la vie en collectivité.

Dans ce cadre, les structures essaient également de pouvoir privilégier par exemple les petites unités de vie, l'organisation de repas dans des lieux plus « enveloppants » avec un nombre de personnes présentes moins important.

*Exemple d'adaptation pour les repas : fin des repas partagés dans une grande salle de restauration avec l'ensemble des résidents, mais des repas pris sur les unités de vie.*

*Exemple d'adaptation interne au sein d'un EHPAD : un étage de la structure a été dédié aux personnes présentant des troubles non liés à la dépendance.*

Au-delà du cadre général et d'une adaptation dans l'utilisation des locaux, l'organisation globale doit être questionnée, notamment la question des temps fixes et de l'organisation de la vie quotidienne au sein des structures, comme par exemple la toilette et les heures de lever et de coucher.

##### **B. Pour le champ du handicap : une évolution, en cours ou en projet, des modalités d'accompagnement au sein des ESMS, en lien avec les projets personnalisés des personnes accompagnées**

Cette réorganisation interne passe également par **une adaptation des projets** (associatif, d'établissement et de service) à **l'évolution des besoins et des souhaits des personnes accompagnées**. Cette démarche n'est pas exclusive à ce secteur mais les modalités de réalisation le sont. A titre d'exemple, l'association ADAPEI 37, une fois son projet associatif actualisé, a fait le choix

d'associer le maximum de salariés à la réactualisation des projets d'établissements, dont un des enjeux identifiés est l'accompagnement de personnes présentant des troubles psychiques. L'objectif, après un partage de l'état des lieux et des enjeux à venir, est d'associer l'ensemble des professionnels à la réflexion et d'être force de proposition pour proposer des évolutions.

Une fois les orientations fixées dans le cadre des projets de la structure, ceux-ci doivent se traduire dans les projets individuels des personnes, l'objectif étant de permettre plus de souplesse dans l'organisation interne au quotidien, qui nécessite une vigilance accrue des professionnels et une écoute des « signaux d'alerte ». Ces éléments sont indispensables pour permettre une anticipation de situations difficiles.

## 2. Un accompagnement à l'adaptation des pratiques professionnelles

La majorité des responsables de structures met en avant le nécessaire appui à prévoir pour poursuivre ou mettre en place un accompagnement des professionnels à l'adaptation de leurs pratiques.

### A. Un nécessaire travail et un partage pluridisciplinaires

Cet accompagnement passe tout d'abord par **un travail d'équipe** et **une coordination interne renforcée**, ainsi que **la mise en place de temps de réunions cliniques et/ou la mise en œuvre de temps d'analyse de la pratique et la formation des professionnels**.

Si le travail d'équipe et la coordination interne renforcée sont des points totalement intégrés dans le secteur du handicap, pour celui des personnes âgées, il s'agit d'un travail plus récent et à consolider. « *Maintenant on nous demande notre avis.* » Cette phrase, extraite d'un entretien avec une aide-soignante, témoigne de l'évolution mise en œuvre dans un des EHPAD interrogés dans lequel le travail en équipe a été renforcé et appliqué à l'ensemble des professionnels présents au sein de la structure.

Au-delà des temps prévus internes de coordination, l'objectif, dans le cadre de situations complexes ou difficiles, est de pouvoir **collectivement définir les modalités d'intervention** pour ces personnes. Or il apparaît parfois difficile, d'une part de réaliser **une évaluation** précise des situations au sein des structures et d'autre part, de **mettre en œuvre une stratégie commune d'accompagnement**.

En effet, les évaluations des personnes ne sont pertinentes que si elles sont réalisées par l'ensemble des professionnels amenés à accompagner ces personnes et dans le cadre de leur vie quotidienne. Or, pour certains psychologues en charge de la réalisation finale de ces évaluations, il ressort des entretiens des difficultés parfois importantes pour l'alimentation de grilles d'observation par les professionnels. Ces difficultés peuvent également être liées à une absence de matériel adapté.

### B. L'organisation de temps d'échanges autour des pratiques

**Les temps de supervision et/ou d'analyse de la pratique** ont également été mis en avant comme éléments indispensables et nécessaires dans le cadre de situation complexe ou difficile.

Ces temps sont quasiment généralisés dans l'ensemble des structures interrogées. Si leur organisation et leurs modalités varient en fonction des structures, l'ensemble des professionnels qui y participent mettent en avant la plus-value et l'importance pour eux de ces temps. Le point central mis en avant par les professionnels est la prise de recul nécessaire qu'ils permettent.

Toutefois, ces derniers sont pour les services d'aide à domicile plus difficiles à mettre en place. Pour le SAAD interrogé, ce temps va pouvoir être mis en place pour quelques aides à domicile, mais pour une durée d'un an rendue possible par l'obtention d'un financement non pérenne.

L'organisation de ces temps est plus difficile à mettre en place dans le secteur des personnes âgées, notamment les EHPAD, pour lesquels les ratios d'encadrement ne permettent pas toujours de pouvoir réunir les professionnels.

### **C. La formation des professionnels**

Cet accompagnement dans l'adaptation des pratiques passe également par la **formation continue** des professionnels.

28,96 % des répondants ont ou vont organiser des formations en interne sur le champ de la psychiatrie. Plus de la moitié des répondants sont des structures pour personnes en situation de handicap avec une très nette majorité en établissements pour adultes.

Pour le Pays Loire Touraine, 5 structures sur 18 répondants ont ou vont organiser des formations en interne, celles-ci sont toutes dans le champ des personnes âgées (3 EHPAD publics et 2 SSIAD).

**Figure 9 - Tableau des structures qui vont ou ont organisé des formations en interne sur le champ de la psychiatrie**

| Secteur         | Profils des structures concernées  |
|-----------------|--|
| Handicap enfant | 1 CAMSP, 1 IME   |
| Handicap adulte | 2 FAM, 1 MAS, 5 ESAT, 1 FH, 2 FV, 1 SAVIS  |
| Personnes Agées | 10 EHPAD publics (dont 2 EHPAD hospitaliers), 1 privé lucratif et 1 privé non lucratif<br>5 SSIAD : 4 privés non lucratifs et 1 public |

A noter, sur les 8 ESAT ayant répondu à l'enquête, 5 d'entre eux ont ou vont organiser des formations en interne dans le champ de la psychiatrie, ce qui illustre l'importance de ce questionnement au sein de ces structures puisque le département de l'Indre-et-Loire compte au total 11 ESAT.

Les formations mises en place au sein des structures peuvent être regroupées en trois grandes catégories <sup>23</sup> :

- ✕ Des formations de sensibilisation à la prise en charge des troubles psychiatriques, adaptées aux spécificités du public accompagné par l'ESMS.

<sup>23</sup> Le détail des formations mises en place ou à venir par secteur a été annexé au présent rapport.

- ✕ Des formations relatives à la gestion de la manifestation de ces troubles : agressivité, problèmes de comportement, crise suicidaire, etc.
- ✕ En majorité, des formations réalisées par des professionnels non-salariés de l'ESMS.

A noter, sur les 46 ESMS qui ne disposent pas de personnels formés en psychiatrie, 21 organisent des formations en interne. Ces structures sont majoritairement dans le secteur des personnes âgées (10 EHPAD et 4 SSIAD) et concernent 7 ESMS du secteur du handicap (2 FV, 1 FH, 3 ESAT, 1 SAVIS).

#### ***D. Un appui de professionnels ressources***

L'accompagnement à l'évolution des pratiques professionnelles passe également par un appui plus conséquent de professionnels ressources internes (*médecins psychiatres, psychologues notamment*) mais également par un travail plus renforcé, pour les structures concernées, entre la partie éducative et la partie soignante de la structure.

Ces professionnels ressources peuvent également être extérieurs à la structure mais appartenant au même gestionnaire. A titre d'exemple, l'ADAPEI 37 va mettre en place, avec le médecin psychiatre, des temps de sensibilisation des professionnels rattachés au Pôle Soins autour des médicaments.

### **3. La recherche d'appuis extérieurs**

On ne peut évoquer ces situations et les pratiques des ESMS sans parler des appuis et des ressources externes mobilisés par les structures qui sont évidemment différents en fonction des deux secteurs étudiés. Cet appui se situe à plusieurs niveaux : l'intervention de ressources extérieures pour les situations problématiques (pour un appui des professionnels et, éventuellement, un suivi individuel) et la recherche de structures permettant l'organisation de séjours de rupture.

#### ***A. Pour le champ des personnes âgées : un secteur aux pratiques de coordination importantes notamment pour les services à domicile***

La particularité dans le champ des personnes âgées, principalement pour les services à domicile, réside dans la coordination partenariale mise en place depuis plusieurs années au sein des territoires. Dans le cadre des situations complexes ou difficiles, ces instances ont été citées comme pouvant permettre d'être un appui important dans ces situations. Il s'agit des MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) et du PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie).

Pour un des professionnels interrogés, il convient toutefois d'être vigilant face à la multiplication de ces instances.

Il convient également de souligner le rôle du référent APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) du Conseil Départemental qui a également été cité comme pouvant venir en appui lors de situations difficiles ou complexes.

Les instances de coordination mise en place par le Département ont également été évoquées. Il s'agit des réseaux de Coordination Autonomie qui regroupent, sur la base du volontariat, l'ensemble des acteurs de la gérontologie et du handicap sur un pays.

Les fonctions et les missions de ces instances de coordination sont notamment de pouvoir :

- Informer, conseiller, renseigner et orienter les personnes âgées et leur famille des possibilités d'aide et de prise en charge.
- Evaluer, élaborer et mettre en œuvre les réponses adaptées aux besoins des personnes vivant à leur domicile.
- Coordonner les différents acteurs pour soutenir les dynamiques locales, enrichir le milieu de vie et faire évoluer les capacités de réponses aux besoins des personnes âgées.
- Permettre des échanges entre les acteurs locaux et des réflexions communes sur leur pratique.

Initialement destinées uniquement aux acteurs de la gérontologie, ces instances ont été récemment élargies au secteur du handicap qui doit s'approprier ces instances.

Au-delà de ces instances, une partie des EHPAD sont en train de développer des partenariats pour des séjours de rupture, notamment avec la clinique Ronsard de Chambray-lès-Tours qui dispose de lits en gérontopsychiatrie.

### ***B. Pour le champ du handicap : une coordination partenariale non formalisée et peu conséquente***

Pour ce champ, les principaux appuis ou ressources extérieurs cités sont les séjours de rupture avec un autre ESMS, les professionnels ressources identifiés dans le cadre d'un réseau et également la MDPH.

Pour les séjours de rupture, les principaux objectifs cités, qui peuvent varier en fonction des ESMS, sont de **pouvoir réaliser une évaluation, des tests et/ ou de proposer d'autres types d'accompagnement**. Cet accueil temporaire peut être demandé pour de multiples motifs qui vont du besoin de répit à l'organisation de périodes d'essai et les transitions entre modes d'accompagnement et périodes de la vie.

Ces temps sont possibles dans le cadre de l'accueil temporaire proposé au sein de certains ESMS. Pour le département de l'Indre-et-Loire, 8 structures disposent d'un accueil temporaire de 1 à 22 places<sup>24</sup>. La majorité des structures disposent de 1 à 4 places.

**Figure 10 - L'accueil temporaire au sein des structures pour personnes en situation de handicap**

| Nom de l'établissement       | Gestionnaire                   | Localisation   | Nombre de places |
|------------------------------|--------------------------------|----------------|------------------|
| MAS Les Haies Vives          | ADAPEI 37                      | Joué-lès-Tours | 22 places        |
| Service d'Accueil temporaire | Association Enfance et Pluriel | Seuilly        | 12 places        |
| FAM les Maisonnées           | ADMR Les maisonnées            | Azay-le-Rideau | 4 places         |
| Foyer la Vallée Germain      | La Boisnière-groupe SOS        | Les Hermites   | 4 places         |

<sup>24</sup> Source : site du GRATH

|                     |                         |                     |         |
|---------------------|-------------------------|---------------------|---------|
| FO Michèle Beuzelin | Les Elfes               | Saint-Cyr-sur-Loire |         |
| FAM Arc-en-Ciel     | Association Arc-en-ciel | Truyes              | 1 place |
| FV La Bellangerie   | ADAPEI 37               | Vouvray             | 1 place |

Les professionnels interrogés ont également cité des accueils hors du département, comme le Centre Hospitalier Henri Ey à Châteaudun (Eure-et-Loir).

En outre, en fonction des profils des personnes accompagnées, des appuis spécifiques comme par exemple le Centre Ressources Autisme (CRA), le CRESAM (Centre national de ressources handicaps rares Surdicécité, pour les personnes sourdes-aveugles et sourdes-malvoyantes) à Poitiers et d'organismes spécialisés autour de la communication adaptée peuvent être sollicités.

Ces appuis sont mis en place ponctuellement autour d'une situation. Dans l'ensemble, pour le champ du handicap, le constat est fait **d'une faible coordination des acteurs**, champ dans lequel il n'existe pas, pour l'instant, d'instances de coordination formalisées permettant de faire se rencontrer l'ensemble des acteurs d'un territoire, l'objectif de ces instances pouvant être d'anticiper, d'échanger avec d'autres acteurs afin de prévenir et/ou d'anticiper certaines situations critiques, mais également dans le cadre des orientations pour lesquelles les personnes arrivent parfois en établissement avec peu d'informations sur leur parcours.

- ☑ Des ressources variables en fonction des secteurs.
- ☑ Des ESMS en cours ou en projet de travail sur leur projet d'établissement ou de service.
- ☑ Des adaptations facilitées dans le champ du handicap.
- ☑ Les leviers identifiés pour l'adaptation des pratiques en ESMS :
  - Des réorganisations des modalités d'accueil et d'organisation.
  - Un accompagnement à l'adaptation des pratiques professionnelles :
    - le travail d'équipe et la coordination interne,
    - des temps de réunions cliniques,
    - la mise en œuvre de temps d'analyse de la pratique,
    - la formation continue,
    - l'appui de professionnels ressources internes (médecins psychiatres, psychologues notamment),
    - l'intervention de ressources extérieures pour les situations problématiques (pour un appui des professionnels et, éventuellement, un suivi individuel).

### 3<sup>ème</sup> partie : La coopération entre les établissements et services médico-sociaux et le secteur de la psychiatrie

La majorité des structures interrogées a été amenée à avoir **des suivis conjoints** avec le secteur de la psychiatrie et **exprime une volonté de travailler ensemble**.

#### I. Eléments de contexte

**54%** des répondants bénéficient du soutien d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie ou d'un service disposant de ressources en psychiatrie.

**Figure 11 - Profils des structures concernées**

| Secteur Personnes âgées  | Secteur Handicap  |
|--|---|
| 28 EHPAD : 14 EHPAD publics (dont 2 hospitaliers) ; 8 privés non lucratifs ; 6 privés lucratifs. | <u>Secteur enfant</u> : 3 IME, 2 ITEP, 2 SESSAD, 1 SAFEP-SSEFIS, 1 CAMSP, 1 CMPP, 1 IEM   |
| 2 SSIAD  | <u>Secteur adulte</u> : 4 FV, 3 ESAT, 3 FAM, 1 FV/FO, 2 FH, 2 FO, 2 SAMSAH, 1 MAS, 1 SAVS |

*Parmi ces établissements, 17 disposent en interne de professionnels formés en psychiatrie (3 EHPAD et 14 ESMS PH).*

**Figure 12 - Etablissements ou services qui apportent un soutien aux ESMS par champ (plusieurs réponses possibles)**

*NB : les chiffres qui figurent à gauche dans les colonnes correspondent au nombre d'ESMS qui ont répondu recevoir un soutien des structures indiquées.*

| Secteur sanitaire   | Secteur médico-social  |
|---|--|
| 27 CHRU Tours (dont 1 consultation gériopsychiatre, 4 Centre Psychiatrie de Tours Sud (CPTS), 4 CPU, 1 CMP, Clocheville, 2 CMU de Bretonneau. | 3 CMPP   |
| 9 CH CHINON   | 2 MDA  |
| 7 Clinique Pierre de Ronsard  | 2 CRIAVS (Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles) |
| 7 CMP de Loches   | 2 Centre d'addictologie Port Bretagne  |
| 4 CHIC Amboise Château-Renault  | 1 APAJH 37 CAMSP CMPP SESSAD ARPEGE  |
| 4 CRA   | 1 CMRR : Centre de Mémoire de Ressources et de Recherche                                     |

|   |  |
|---|--|
| 3 Hôpital Local de Luynes                   |  |
| 1 CH Loches                                 |  |
| 1 Sainte Maure unité gérontopsy             |  |
| 1 Service de psychiatrie D                  |  |
| 1 Clinique de Vontes                        |  |
| 1 Clinique de Saumery (41)                  |  |
| 1 Clinique Val de Loire à Beaumont la Ronce |  |

A noter, des particularités sont à souligner dans la nature du soutien qui varie en fonction du statut de l'EHPAD :

- Les EHPAD hospitaliers : appui des services de l'hôpital ;
- Pour les EHPAD publics : appui des services hospitaliers ;
- Pour les privés non lucratifs : appui en majorité de cliniques privées ;
- Pour les privés lucratifs : variété dans les soutiens (services hospitaliers et cliniques privées).

#### Pour le secteur Loire Touraine

**6 sur 18** (3 EHPAD 2 PH et 1 SSIAD) bénéficient d'un soutien d'un établissement de santé autorisé ou d'un service : CHRU et CHIC.

Ce soutien se traduit majoritairement par une prise en charge des personnes facilitée au sein de l'établissement de santé ou du service ressource.

*Profil des répondants* : Foyers de Vie et Occupationnel, 1 FAM, 3 EHPAD (tous publics dont 1 hospitalier) et 1 SSIAD privé.

*Détail* :

Psychiatrie adulte Château-Renault

CHRU : gérontopsychiatrie, Pr CAMUS 1/2 journée tous les 2 ou 3 mois, le CPTS, psychiatrie A

CHIC Amboise Château-Renault + CMP (secteur B) + CHRU Tours (consultation 4 à 5 fois par an d'un gérontopsychiatre)

Service de psychiatrie adulte du CHIC

**37.67 %** des répondants à l'enquête ont formalisé ce partenariat sous forme de convention, en majorité dans le secteur des personnes âgées (15 EHPAD, un SSIAD) et cela concerne 6 structures du secteur du handicap.

Les EHPAD ayant formalisé une convention de partenariat avec un établissement de santé en psychiatrie ou d'un service disposant de ressources en psychiatrie sont en majorité des établissements privés (6 privés lucratifs, 3 privés non lucratifs et 6 publics).

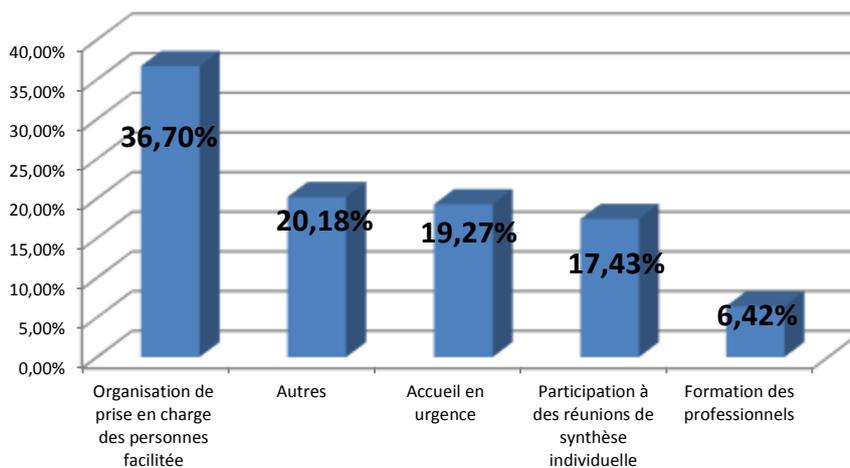
Pour le secteur du handicap, il s'agit en majorité d'établissements ou service pour adultes (5) : 1 FAM, 1 FV-FO, 1FV, 1 SAMSAH, 1 SAVS et concerne 1 CAMSP.

#### Pour le secteur Loire Touraine

Au total, sur les 18 répondants, **4 partenariats sont formalisés sous forme de convention** :

- Foyers de Vie et Occupationnel avec la Psychiatrie adulte Château Renault
- Un EHPAD public avec le CHRU pour l'unité gérontopsychiatrie, intervention du docteur Camus 1/2 journée tous les 2 ou 3 mois + CPTS, psychiatrie A
- Un EHPAD public avec le CHIC Amboise Château Renault, le CMP (secteur B) et le CHRU Tours (consultation 4 à 5 fois par an d'un gérontopsychiatre)
- Un SSIAD avec le CHRU Tours CPU

**Figure 13 - Les modalités du soutien apporté aux ESMS**



La catégorie « autres » correspond à une variété de réponses (8 précisions sur 22 autres) mais elles permettent de constater que, dans les faits, certaines conventions ne sont pas effectives pour 3 répondants.

#### Pour le secteur Loire Touraine

##### Détail soutien (6 réponses sur 6):

Participation à des réunions de synthèse individuelle : 2  
 Organisation de prise en charge des personnes facilitée au sein de l'établissement de santé  
 Ou du service ressource : 4  
 Formation des professionnels de l'ESMS : 1  
 Accueil en urgence : 1  
 Autre : 2

## II. Le secteur public et les ESMS

### 1. Des attentes fortes de la part du médico-social

Les résultats des questionnaires et les entretiens réalisés mettent en avant le besoin et les attentes importantes des structures et des professionnels envers le secteur de la psychiatrie. Toutefois, lorsque ceux-ci sont interrogés sur leur connaissance des missions de ce secteur et sur leurs attentes dans le cadre de l'accompagnement de personnes, on constate que d'une part, les missions du secteur de la psychiatrie sont relativement floues et d'autre part, que les attentes sont peut-être parfois trop conséquentes par rapport aux possibilités et aux missions du secteur de psychiatrie.

Or, la coopération suppose que les différentes organisations et professionnels se connaissent, apprennent à travailler ensemble, coordonnent leurs actions autour de projets communs.

Il importe donc d'aider à la construction d'un langage commun et à la mise en synergie des savoirs et des expériences. Dans le cadre des entretiens réalisés avec l'ensemble des acteurs, on constate un manque de connaissance des missions de chacun et un secteur médico-social qui reconnaît en « attendre peut-être trop de la psychiatrie »<sup>25</sup>.

Pour le service de gérontopsychiatrie, son existence apparaît peu connue par certains EHPAD et limitée dans ses possibilités d'intervention, certains EHPAD ayant renoncé à son intervention du fait des temps d'attente.

Le service intervient auprès des EHPAD, dans le cadre de situations difficiles, selon deux modalités : réalisation de consultations ou intervention auprès des professionnels.

L'intervention du service fait l'objet d'un contrat entre l'hôpital et l'EHPAD.

Les modalités d'intervention du service sont extrêmement variables en fonction des besoins de l'EHPAD et les deux modalités possibles peuvent être mises en place au sein d'un même établissement.

En majorité, le service est sollicité pour des pathologies démentielles, des troubles de l'humeur ou des troubles caractérisés qui augmentent ou « explosent » lors de l'entrée en EHPAD et qui n'étaient pas connues des services de psychiatrie.

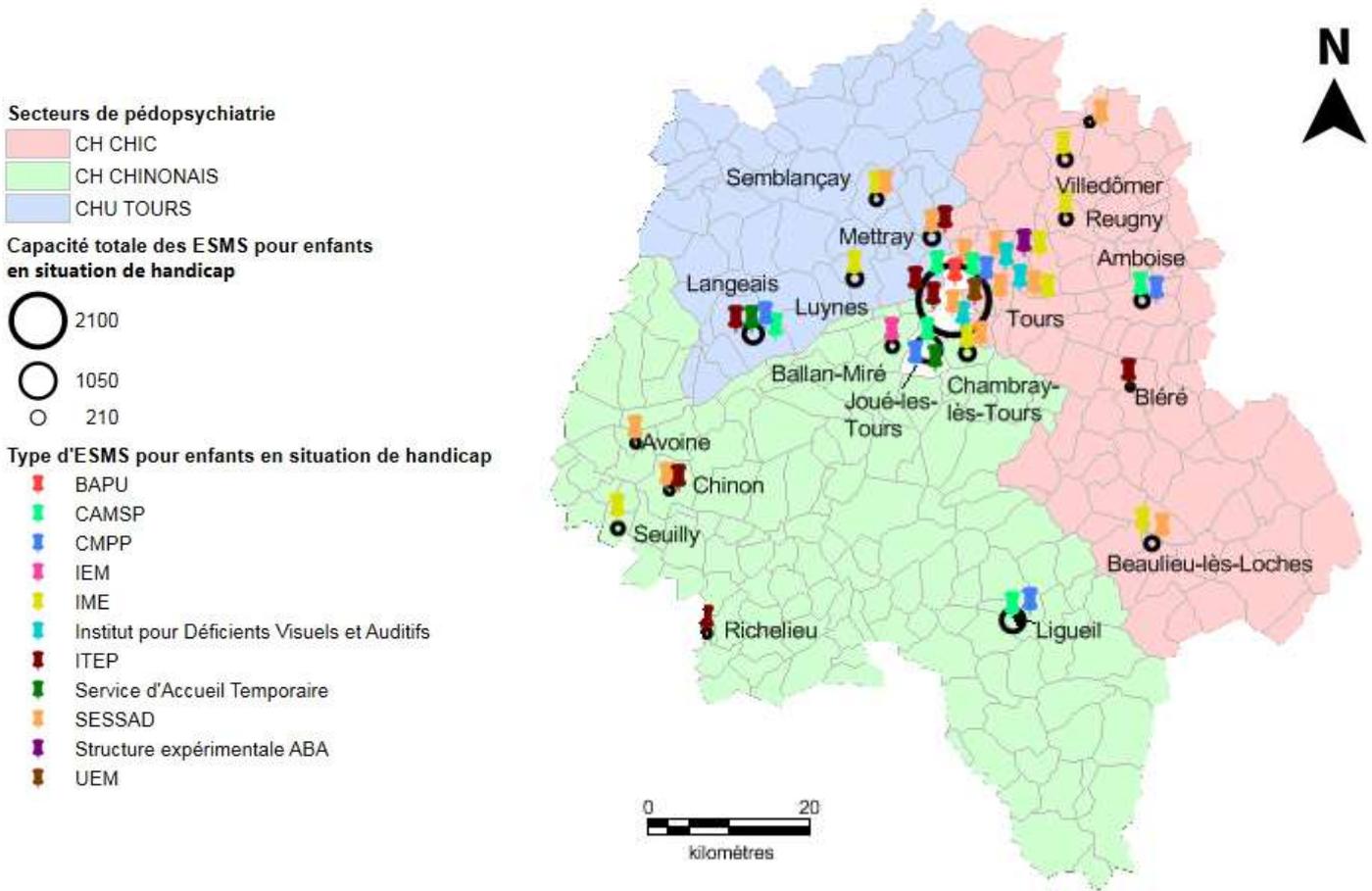
La présence indispensable d'un médecin coordinateur pour intervenir peut limiter les sollicitations des structures car les EHPAD sont de plus en plus en difficulté pour recruter sur ces postes.

On constate, au travers des entretiens et des réponses au questionnaire, que ce service semble, pour l'instant, peu connu des EHPAD.

---

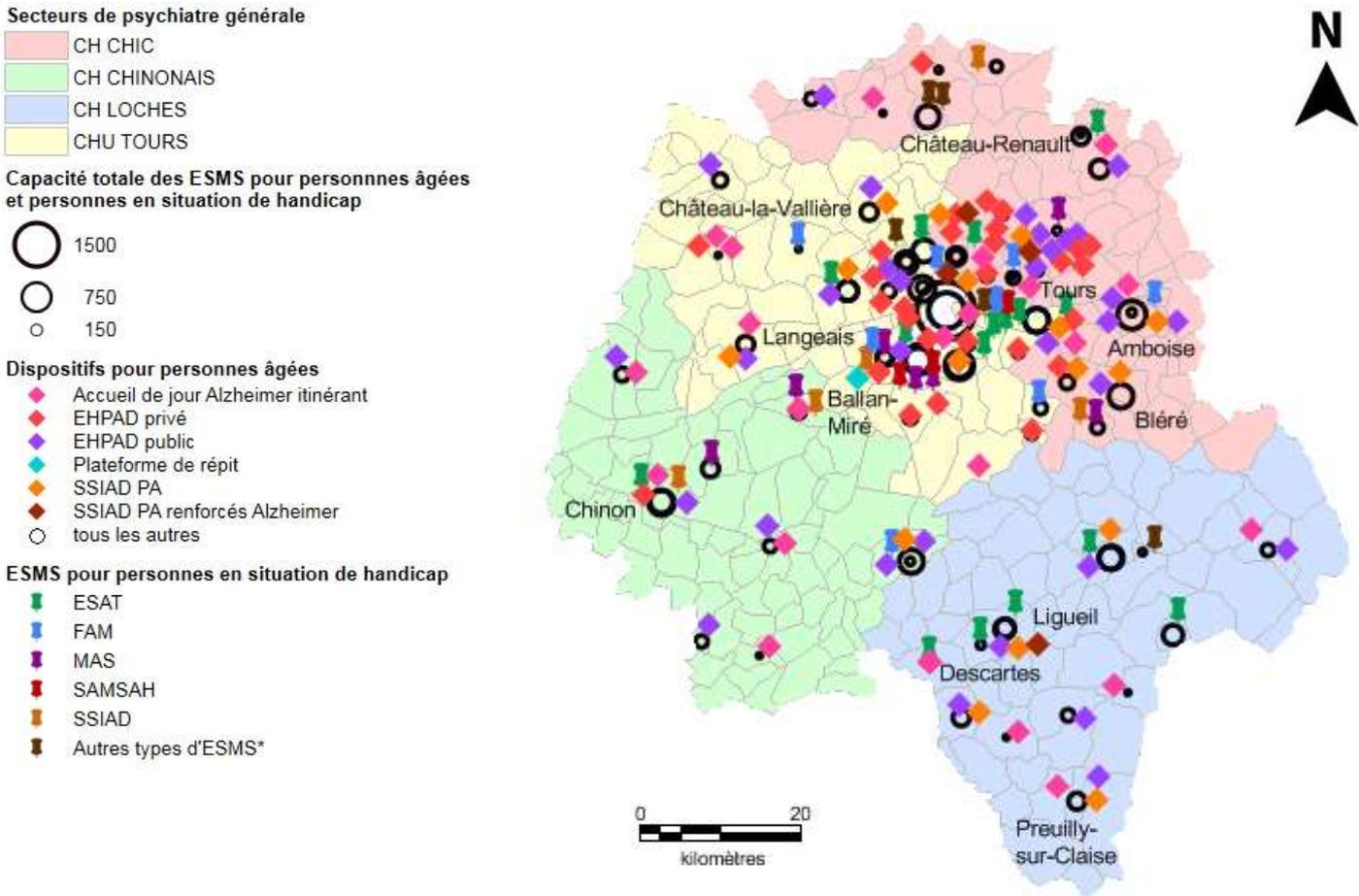
<sup>25</sup> Citation issue d'un entretien.

**Figure 14- Les différents types d'ESMS du secteur enfance et leurs capacités totales dans les secteurs de pédopsychiatrie en Indre-et-Loire**



Source : DD ARS 37 – Réalisation : CREAI Centre-Val de Loire 2016

**Figure 15- Les différents types d'ESMS du secteur adulte et leurs capacités totales dans les secteurs de psychiatrie générale en Indre-et-Loire**



\* CAARUD, CRP, SIPROMES, UEROS, Unité Mobile Expérimentale  
 Source : DD ARS 37 – Réalisation : CREAI Centre-Val de Loire 2016

## 2. Des passerelles à renforcer

### A. Un travail de partenariat dans le cadre de suivis individuels :

*Pour le secteur du handicap : les « prémices »*

Des suivis conjoints entre le secteur de la psychiatrie du CHIC et le secteur du handicap sont actuellement mis en place, principalement avec des accueils de jour (Haies Vives et FV Anaïs). L'objectif ainsi est de pouvoir tester auprès de la personne un autre mode de prise en charge. Ces orientations sont progressives mais le besoin est prégnant.

*Pour le secteur des personnes âgées : un partenariat « plus ancré » avec la psychiatrie*

Des personnes stabilisées sont orientées vers des EHPAD mais comme présenté précédemment, ce point interroge le devenir des personnes de plus de 50 ans prises en charge dans les services de psychiatrie et la non-existence, sur le territoire étudié, de structures, d'établissements ou d'organisation interne adaptés à l'accompagnement de ce public. En effet, d'autres territoires ont fait le choix de pouvoir proposer des structures spécifiques.

#### **Exemple d'une unité dédiée pour des patients psychiques de plus de 65 ans à Dijon**

La fédération de gérontopsychiatrie est une structure extrahospitalière de La Chartreuse qui accueille tous les patients psychiques de plus de 65 ans de la ville de Dijon.

Voyant arriver en hospitalisation des personnes âgées de plus de 65 ans dont la prise en charge était difficile au milieu de patients plus jeunes, le Centre Hospitalier La Chartreuse a créé une fédération de gérontopsychiatrie regroupant :

- Une unité d'hospitalisation
- Un hôpital de jour, le Cantou, à l'intérieur de La Chartreuse
- Une unité extrahospitalière, Beauce en Vergy, qui fait un travail de CMP avec des consultations, des visites à domicile et aussi un hôpital de jour.

A l'issue d'une première consultation, une décision d'orientation est prise par l'équipe pluridisciplinaire, la famille et la personne concernée, qui peut prendre la forme :

- soit d'un suivi sous forme de consultations régulières en CMP et/ou des visites à domicile,
- soit d'un suivi à l'hôpital de jour une fois par semaine. L'hôpital de jour a constitué des équipes pour que les groupes soient homogènes.

Pour les patients pris en charge par la fédération de gérontopsychiatrie (unité d'hospitalisation), les prises en charge sont très larges :

- des patients suivis depuis très longtemps, parfois 20 ou 30 ans, qui ont vieilli.
- des patients peuvent arriver en phase aiguë, entraînant une hospitalisation qui permet un réajustement de la thérapeutique et une réévaluation de la prise en charge.

A l'issue de l'hospitalisation, il peut être proposé un suivi en hôpital de jour (Cantou ou Beauce en Vergy).

### B. Des difficultés importantes d'orientation pour le service de psychiatrie

L'orientation de personnes stabilisées, notamment pour les personnes de 50 ans et plus, qui pourraient être orientées vers des structures pour personnes en situation de handicap, s'avère difficile pour le service de psychiatrie. Les temps d'attente pour un accueil au sein d'une structure font que ces situations peuvent être orientées **par défaut** et, par dérogation, au sein d'EHPAD.

Plus largement, il s'agit du questionnement autour de l'orientation de patients hospitalisés qui ne peuvent vivre à domicile. En effet, « le secteur hospitalier accueille des personnes dont l'état de santé stabilisé justifierait leur prise en charge par le secteur médico-social. Mais celui-ci hésite à accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques car les services hospitaliers refusent le plus souvent de les hospitaliser en cas de besoin : les relations entre les deux secteurs sont variables selon les secteurs et les personnes [...]».<sup>26</sup> Ce constat met en avant deux questionnements que l'on peut soulever dans le cadre de la coopération avec le secteur de la psychiatrie publique : **les modalités de la coopération et les attentes des acteurs.**

Actuellement, les orientations des personnes sont principalement réalisées vers les EHPAD, notamment du fait des temps d'attente en structures pour personnes en situation de handicap. Ce point met en avant les différences de temporalité entre ces deux secteurs, ce qui ne facilite pas leur coopération.

### ***C. Une intervention limitée des services spécialisés en gérontopsychiatrie présents sur le territoire***

**Le département dispose de quatre structures spécialisées en gérontopsychiatrie :**

- Le service de gérontopsychiatrie rattaché au CHU de Bretonneau
- L'Unité de Soins Longue Durée (USLD) de Saint-Cyr-sur-Loire, qui dispose de 80 places
- L'EHPAD Le Clos du Murier, géré par le groupe Korian à Fondettes, qui dispose de 14 places spécifiques
- La Clinique Ronsard à Chambray-lès-Tours, gérée par Ramzay Générale de Santé

Les acteurs interrogés déplorent le manque de places et des dispositifs rapidement engorgés. Dans ce cadre, il convient de souligner, en perspective, **le développement de la télémédecine et, dans ce cadre, l'équipement de tous les EHPAD du département.**

---

<sup>26</sup> Constat du Schéma Départemental en faveur des adultes handicapés, Conseil Général de l'Indre-et-Loire, 2012-2016

### III. Le secteur privé et libéral

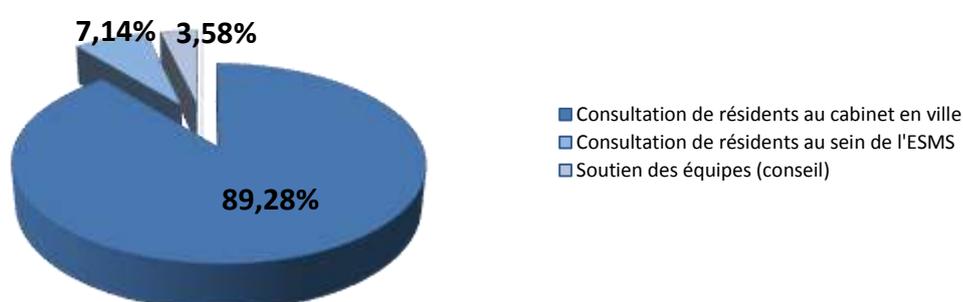
Dans l'ensemble, il ressort des entretiens peu de liens entre les ESMS et les psychiatres libéraux présents sur le Pays Loire Touraine.

**23,78 %** des répondants ont recours à des libéraux. Ce recours concerne une très nette majorité d'établissements pour personnes adultes en situation de handicap. En effet, parmi les répondants, 6 sont des EHPAD (4 associatifs et 2 publics), 19 sont des ESMS PH dont 18 pour adultes.

Détail des ESMS PH concernés :

**1** Parmi ces structures, 5 disposent d'un ou plusieurs professionnels formés en psychiatrie.

Figure 16 - Motifs du recours au psychiatre libéral



Environ 90 % des établissements ou services ayant recours à un médecin psychiatre libéral le font dans le cadre de consultations par des usagers au cabinet de ces médecins.

#### Pour le secteur Loire Touraine

**6 sur 18** ont recours à un psychiatre libéral pour des consultations de résidents au sein du cabinet du médecin. Ces structures font en majorité partie du secteur des personnes âgées : 3 EHPAD public (dont 1 hospitalier), 1 SSIAD, 1 FV-FO et 1 FAM.

Sur ces 6 structures, 2 structures disposent d'un temps de psychiatre (ESAT et FV-FO), structures gérées par la même association (ADAPEI 37).

*Exemple de situation évoquée par les professionnels : un résident a un traitement antipsychotique depuis de nombreuses années, dont les prescriptions sont renouvelées régulièrement par son médecin traitant. Depuis quelque temps, les professionnels s'interrogent sur la nécessité de pouvoir adapter celui-ci mais ils ne parviennent pas, pour l'instant, à obtenir une consultation avec un médecin psychiatre libéral.*

#### Zoom sur le rôle des médecins généralistes

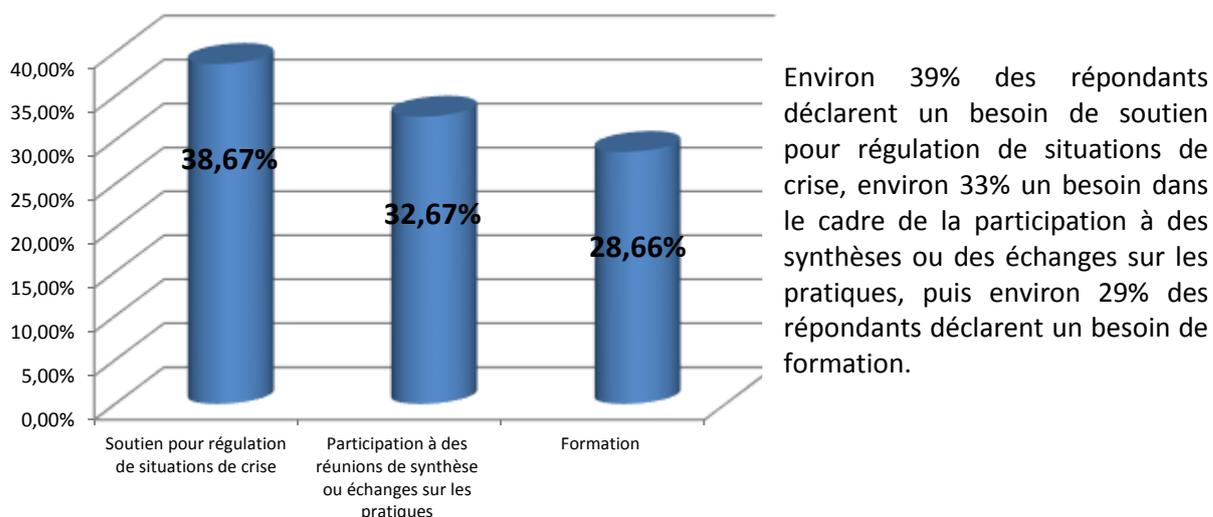
Les médecins généralistes ont un rôle-clé dans ces situations or, comme le souligne le rapport réalisé en octobre 2016 par Michel Laforcade relatif à la santé mentale, la collaboration avec le secteur de la psychiatrie est insuffisante : « En France, le taux d'adressage des médecins généralistes vers les psychiatres est l'un des plus faibles d'Europe ». Une des préconisations du rapport est de « Développer les relations entre médecin traitant et psychiatrie », élément indispensable pour améliorer les parcours et éviter les ruptures de prise en charge.

## IV. Les besoins de soutien des ESMS

### 1. Des professionnels d'ESMS en demande de soutien

62,83 % des répondants déclarent que les équipes manifestent un besoin de soutien psychiatrique dans leur travail au quotidien que l'ESMS ne parvient pas à couvrir avec ses propres ressources.

Figure 17- Les besoins des équipes



Les structures concernées sont en très nette majorité des structures pour personnes en situation de handicap (42), puis des EHPAD (25) et un SSIAD (privé).

Figure 18 - Profil des structures concernées

| Secteur personnes handicapées  | Pour les EHPAD  |
|--|---|
| <b>28 structures pour adultes :</b><br>5 ESAT, 1 FV-FO, 2 FO, 7 FV, 4 FH, 1 SAVS-SAMSAH, 1 équipe mobile, 2 FAM, 1 UEROS, 1 SAMSAH, 1 SAVS, 1 MAS. | 13 EHPAD publics (dont 3 hospitaliers)                                |
| <b>14 structures pour enfants :</b><br>5 ITEP, 2 SESSAD, 2 IME, 1 CAMSP, 1 accueil temporaire, 1 UES, 1 SAT, 1 SESSD.                              | 12 EHPAD privés :<br>- 7 privés non lucratifs<br>- 5 privés lucratifs |

Malgré la variété des profils des structures concernées, la quasi-majorité déclare avoir un besoin de soutien dans le cadre **de régulation de situations de crise** (58 sur 68).

**i A noter :** 29 établissements ont déclaré avoir besoin des trois (régulation ; formation et participation à des synthèses). Le profil de ces structures est le suivant : 13 EHPAD, 16 ESMS PH dont 14 ESMS adultes.

Pour les structures du secteur handicap :

- Adulte : 4 ESAT, 6 FO-FV, 1 FAM, 1 FH, 1 SAVS-SAMSAH, 1 SAVS.
- Enfant : un CAMSP et un SESSAD

## 2. Des ESMS qui ne parviennent pas à répondre à l'ensemble des besoins des personnes :

66,23% des répondants ne parviennent pas à couvrir des besoins de soins psychiatriques de personnes accompagnées.

**Figure 19 - Profils des structures déclarant ne pas parvenir à couvrir les besoins de soins psychiatriques de personnes accompagnées**

| Secteur personnes âgées   | Secteur Handicap  |
|---|---|
| <b>26 EHPAD :</b><br>12 EHPAD publics (dont 2 hospitaliers)<br>9 privés non lucratifs<br>5 privés lucratifs | <b>26 structures pour adultes :</b><br>1 FV-FO, 6 FV, 3 FH, 1 FO, 6 ESAT, 1 SAVS-SAMSAH, équipe mobile, 3 FAM, 2 SAVS, SAVIS, 1 UEROS |
| <b>3 SSIAD :</b><br>2 privés<br>1 public  | <b>16 structures pour enfants :</b><br>5 ITEP, 3 SESSAD, 1 SESSD, 1 SAFEP-SSEFIS, 1 CAMSP, 1 SAT, 1 UES, 1 IEM, 2 IME.                |

 Sur les 26 EHPAD concernés, 23 d'entre eux ont également déclaré que les équipes manifestent un besoin de soutien psychiatrique dans leur travail au quotidien que l'ESMS ne parvient pas à couvrir avec ses ressources.

 Sur ces 42 structures du secteur du handicap, 32 d'entre elles ont également déclaré que les équipes manifestent un besoin de soutien psychiatrique dans leur travail au quotidien que l'ESMS ne parvient pas à couvrir avec ses ressources.

Les structures concernées :

- 21 secteur adulte : 1 FV-FO, 6 FV, 3 FH, 1 FO, 6 ESAT, 1 SAVS-SAMSAH, 1 équipe mobile, 1 FAM, 1 UEROS.
- 11 secteur enfant : 4 ITEP, 1 SESSAD, 1 SESSD, 1 CAMSP, 1 SAT, 1 UES, 2 IME.

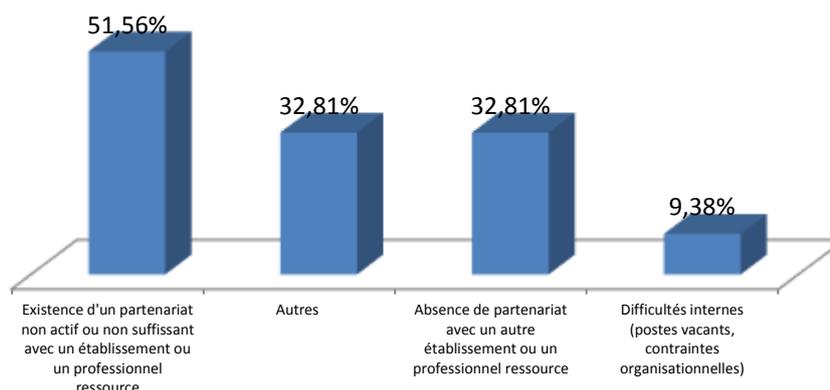
A travers le croisement de ces réponses, il apparaît que les besoins exprimés sont plus importants pour **les ESAT, les foyers de vie-foyers occupationnels et les foyers d'hébergement**, tant au niveau des besoins des professionnels que des besoins de soins psychiatriques des personnes accompagnées que la structure ne parvient pas à couvrir.

Les besoins non couverts :

- ✗ Des consultations psychiatriques/gérontopsychiatriques : 95.45% des répondants
- ✗ Des renouvellements de prescriptions : 13.64% des répondants

A travers ces résultats, on constate le manque, pour une très nette majorité des répondants, de consultations psychiatriques ou gérontopsychiatriques.

**Figure 20 - Les difficultés rencontrées par les ESMS pour couvrir ces besoins (Plusieurs réponses possibles)**



Pour plus de la moitié des répondants, la principale difficulté rencontrée pour couvrir les besoins réside dans l'existence d'un partenariat non actif ou non suffisant avec un établissement ou un professionnel ressource.

Pour environ 33% des répondants, ces difficultés sont dues à l'absence de partenariat avec un autre établissement ou un professionnel ressource.

A noter, pour la catégorie « Autres », les réponses apportées sont hétéroclites mais soulignent soit une absence de professionnels en interne, soit un manque de ressources externes en psychiatrie. Dans ce cadre sont soulignées les difficultés pour orienter ou avoir des rendez-vous dans le secteur public et dans le secteur privé.

#### Pour le secteur Loire Touraine

**13 sur 18 répondants** déclarent accompagner des personnes qui présentent des besoins psychiatriques qu'ils ne parviennent pas à couvrir.

*Les structures concernées :*

5 EHPAD, 2 SSIAD et 6 structures PH majoritairement pour adultes (ESAT, 2 FH, FAM, FO) et un ITEP.

*Les besoins non couverts :*

- ✗ Des consultations psychiatriques/gérontopsychiatriques : 8 sur 8 des répondants
- ✗ Des renouvellements de prescriptions : 0

*Les difficultés rencontrées par l'établissement ou le service pour couvrir ces besoins :*

- Existence d'un partenariat avec un établissement ou un professionnel ressource mais partenariat non actif ou insuffisant : 6 sur 10 réponses
- Autres : 5 sur 10 réponses = besoin de plus de temps, plus de réactivité, prises de rendez-vous difficiles, freins de l'entourage ou du médecin traitant pour les consultations gérontopsychiatriques.
- Absence de partenariat avec un établissement ou un professionnel ressource : 3 sur 10 réponses.

- ☑ Une coopération extrêmement variable en fonction des acteurs
- ☑ Une coopération peu formalisée qui fonctionne via le réseau des professionnels sur l'ensemble du territoire, mais également avec des départements limitrophes.
- ☑ Des conventionnements mais qui ne garantissent pas l'effectivité du partenariat.
- ☑ Une coopération qui devrait, selon l'ensemble des ESMS, être renforcée. Constat souvent relié à un sentiment de manque de moyens et de possibilités pour le secteur de la psychiatrie publique.
- ☑ Il convient de distinguer les secteurs de la psychiatrie public et privé (cliniques et libéraux), le secteur privé travaillant, pour l'instant, peu avec le secteur médico-social.
- ☑ Des modalités de travail conjoint à définir, notamment afin de permettre plus d'anticipation et éviter que certaines situations ne deviennent « critiques ».
- ☑ Quelques exemples de coopération « formelle » inscrite sur la durée entre ESMS et secteur de la psychiatrie :
  - le service de psychiatrie du CHIC et le SAAD de l'ASSAD-HAD : organisation de réunions trimestrielles sur les « suivis » conjoints, depuis plus de 17 ans.
    - l'EHPAD de Bléré et l'intervention du service de gérontopsychiatrie.
- ☑ Un secteur de psychiatrie publique aux missions floues pour les professionnels des ESMS et, selon eux, des disparités d'organisation et de fonctionnement au sein des différents services de psychiatrie.
- ☑ Dans l'ensemble, très peu de liens entre les médecins psychiatres libéraux et les ESMS.
- ☑ Le développement de la coopération entre les ESMS et les cliniques privées pour des séjours de rupture.
- ☑ Dans l'ensemble, le constat d'un manque de connaissance mutuelle et des difficultés d'orientation des personnes entre les deux secteurs :
  - Des recours au CMP/hôpital psychiatrique pour des personnes ne relevant pas de ces services.
  - Une notion d'urgence variant en fonction des acteurs.
  - Des passerelles à créer vers le médico-social pour les personnes stabilisées hospitalisées.
  - Le cas d'ESMS ne disposant pas de professionnels médicaux ou paramédicaux : un questionnement autour des possibilités de travail avec la psychiatrie.

## V. Les perspectives

Les dispositions prévues relatives à la santé mentale dans la loi Santé<sup>27</sup> seront à prendre en compte dans le cadre de la mise en œuvre des préconisations qui se dégagent de cette démarche ainsi que la Mission « Une réponse accompagnée pour tous ».

### 1. La prise en compte des dispositions issues de la loi Santé :

Cette loi recentre le système de santé sur les soins de proximité et engage un « virage » vers l'ambulatoire. Dans cette perspective, elle encourage le développement d'une médecine de proximité, souhaite permettre une amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des acteurs. Cette loi contient des dispositions importantes qui devraient avoir des effets sur le fonctionnement du secteur de la psychiatrie et sur la coopération entre les professionnels de santé et les professionnels du secteur social et médico-social.

Ces dispositions étant récentes au jour de la rédaction de ce rapport, la présentation de la déclinaison concrète sur le territoire de l'Indre-et-Loire ne peut être réalisée. Toutefois, il est indispensable de les prendre en compte, notamment pour la partie relative à la coopération des acteurs médico-sociaux et sanitaires.

#### Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM)

La loi conforte leur rôle et leurs missions. Cette instance est **un lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants**. Il requiert donc une volonté politique locale de promouvoir la santé mentale. En effet, les CLSM ont pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.

Le cadre de concertation s'établit à l'échelle du secteur psychiatrique, de la commune ou de l'arrondissement, mais doit correspondre à un territoire de proximité pertinent pour les acteurs locaux (infracommunal, communal ou intercommunal). Les CLSM ont une fonction de coordination qui permet en partie de décloisonner les différents services et institutions et de conforter l'ancrage territorial et la politique du secteur psychiatrique.

#### Projet territorial de santé mentale

Ce Projet est défini sur la base d'un « *diagnostic territorial partagé en santé mentale* ». Ce diagnostic, auquel doivent participer tous les partenaires, (professionnels, usagers, collectivités...) identifie les réalités de santé du territoire et établit un « *état des ressources disponibles qui a pour objet d'établir les insuffisances de l'offre de prévention, de soins, et dans la continuité des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux et de formuler des préconisations pour y remédier* ».

Ce Projet est élaboré et mis en œuvre « *à l'initiative* » des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale, « *à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de tous les acteurs et l'accès à des modalités et des techniques de prise en charge diversifiées* ». Ce projet territorial organise la « *coordination de second niveau* ».

<sup>27</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Il précise les conditions d'accès à la prévention et au dépistage précoce, à l'ensemble des techniques de soins spécifiques, aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale, et « à un ensemble de dispositifs et de services répondant à des priorités définies par voie réglementaire ». Il détaille les objectifs poursuivis, en s'appuyant sur les bonnes pratiques cliniques, le développement professionnel continu et le développement de la recherche clinique. Cette coordination territoriale doit pouvoir assurer, notamment aux patients pris en charge dans le cadre de la mission de secteur, l'accès à l'ensemble de ces dispositifs et services, dans le cadre d'un « parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture ».

Le diagnostic territorial partagé et ce Projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le Directeur Général de l'ARS et fait l'objet d'une contractualisation avec les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions, après avis des Conseils Locaux de Santé Mentale et des Conseils Territoriaux de Santé. Ce contrat définit les engagements des signataires, les moyens affectés, les indicateurs de suivi... Et ce seront les structures signataires du même contrat territorial de santé mentale qui pourront constituer entre elles une « communauté psychiatrique de territoire » pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, qui sera donc coordonné.

### Plateformes Territoriales d'Appui

Le décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes vient préciser les objectifs et les missions de ces plateformes.

L'objectif de ces instances est d'apporter un appui aux professionnels, en particulier les médecins traitants, pour **les situations complexes** sans distinction d'âge, de handicap ni de pathologies.

Les organisations de ces plateformes seront adaptées par chaque région afin de s'appuyer, prendre en compte les organisations existantes.

Le déclenchement de la PTA est réalisé par le médecin traitant. Si un autre professionnel souhaite solliciter la PTA, il contacte le médecin traitant pour valider le déclenchement.

### Communautés Psychiatriques de Territoire (décret du 28 octobre 2016)

L'objectif de ces communautés est de fédérer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale.

Celles-ci seront composées des établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie signataires d'un même contrat territorial de santé mentale et volontaires pour la constituer.

Pour autant peuvent être associés à l'application du projet territorial de santé mentale *"les autres signataires du contrat territorial de santé mentale, notamment les représentants des patients et des familles, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux"*.

L'initiative de la création des CPT revient aux établissements de santé du SPH, dont les représentants légaux et présidents de Communautés Médicales d'Etablissements (CME) rédigent les conventions constitutives, *"en concertation avec les instances paramédicales et les représentants des usagers présents au sein des commissions des usagers"*. À noter que *"le président de la CME se fait assister par un psychiatre lorsqu'il n'exerce pas lui-même cette spécialité"*. Les autres signataires du contrat territorial de santé mentale peuvent être associés à la préparation de la convention constitutive, ainsi que les Conseils Locaux de Santé et Conseils Locaux de Santé Mentale. La convention, une fois

approuvée par le Directeur Général de l'ARS, est valable cinq ans et renouvelable selon les mêmes modalités.

*"Dans l'attente de la signature du contrat territorial de santé mentale, une communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice peut être créée". La CPT préfiguratrice participe [...] à l'élaboration du Projet territorial de santé mentale" et "devient définitive à la signature du contrat territorial de santé mentale".*

*Objectifs et obligations des CPT : elles ont pour objectif d'"offrir aux patients des parcours de prévention de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnées et sans rupture".*

## **2. La prise en compte des mesures de la Mission « Une réponse accompagnée pour tous » :**

Les travaux en cours, pour le champ du handicap, autour de la Mission « Une réponse accompagnée pour tous »<sup>28</sup> sont également à prendre en compte dans le cadre du questionnement relatif à la coopération et l'accompagnement de situations difficiles ou complexes.

La volonté de cette Mission est de prendre en compte la singularité de chacune des situations et de pouvoir proposer une réponse personnalisée. Cette démarche n'est possible que si des modalités de réponses spécifiques sont mises en place :

- Une évaluation des besoins
- L'élaboration d'un projet global d'accompagnement et de soins prenant en compte l'ensemble des besoins des personnes
- La formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels amenés à intervenir auprès des personnes en situation de handicap
- La proposition de modalités d'accompagnement et d'accueil spécifiques et souples pour pouvoir répondre à la singularité des parcours des personnes

Dans ce cadre, des adaptations seront à mettre en œuvre.

Cette Mission aura notamment pour effet, pour les ESMS du secteur du handicap, de devoir travailler :

- la coordination inter-structures et les outils qu'elle nécessite,
- la coordination des professionnels et, dans ce cadre, l'évolution des pratiques.

Basée sur la logique de parcours et non de places, cette Mission aura de facto des conséquences sur l'organisation globale du secteur, les établissements et de fait sur les pratiques professionnelles. On peut citer, à titre d'exemple, certains travaux en cours autour du référent de parcours.

---

<sup>28</sup> « Une réponse accompagnée pour tous » est le nom du dispositif destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte en situation de handicap, afin d'éviter toute rupture dans son parcours. Il s'appuie sur le rapport de Denis Piveteau commandé par le Gouvernement en décembre 2013, et sur la mission confiée à Marie-Sophie Desaulle.

## 4<sup>ème</sup> partie : Eléments de préconisations issus de la démarche diagnostique

A partir des éléments mis en évidence par le biais de la recherche documentaire, les enjeux et le contexte actuel des besoins et des pistes identifiés par les différents acteurs interrogés dans l'étude, mais également du fait des échanges lors des comités de pilotage et de la réunion de travail du 3 novembre 2016, des pistes de réflexion émergent, concernant tant l'accompagnement mené au sein des ESMS que s'agissant de leur coopération avec le secteur de la psychiatrie.

Il ressort, de la démarche menée, 5 thématiques :

- Interconnaissance des acteurs
- Adaptation de l'offre
- Coordination territoriale
- Coopération ESMS et psychiatrie
- Adaptation des pratiques

Il convient de noter que les deux dernières thématiques concernent directement les ESMS et le secteur de psychiatrie, les trois autres relevant des autorités.

## Interconnaissance des acteurs

- Sur les **missions de chacun** (secteur psychiatrique, ESMS, protection juridique). Par le biais d'un travail territorial porté par les autorités en organisant des temps de rencontre entre professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.
- Sur les troubles psychiques (auprès de l'ensemble des acteurs : libéraux, professionnels des ESMS, représentants légaux...) : pour une **définition communément partagée**.
- Communiquer sur l'ensemble **des dispositifs et des ressources existantes par territoire**. Cette interconnaissance pourrait, par exemple, être réalisée dans le cadre de CLSM.

## Adaptation de l'offre

*(en lien avec les travaux en cours relatifs à la Mission « Une réponse accompagnée pour tous »)*

- Permettre une adaptation de certains plateaux techniques au sein des ESMS en fonction du profil des personnes accompagnées (exemple : prévoir plus de temps de professionnels éducatifs pour les structures médicalisées ayant un public « jeune »).
- Renforcer les ressources en psychiatrie pour les ESMS, par exemple par la mutualisation de postes entre différentes structures, l'intervention d'associations spécialisées pour une sensibilisation des professionnels.

*Pour le champ du handicap :*

- Travailler **avec les ESMS en lien avec la MDPH sur les ruptures de parcours**, notamment le passage vers le secteur adulte et le vieillissement des personnes en situation de handicap.

*Pour le champ des personnes âgées :*

- Adapter l'offre à l'évolution des besoins et des profils des résidents en EHPAD. Par exemple, réfléchir à la mise en place d'un dispositif spécifique, ou des EHPAD spécialisés ou des unités spécialisées en EHPAD en psychiatrie. Le questionnement sur la solution la plus adaptée pour ces personnes est à poursuivre, sur le département de l'Indre-et-Loire, avec l'ensemble des acteurs concernés (ARS, Conseil Départemental, MDPH, ESMS, secteur de psychiatrie, associations spécialisées).
- Communiquer sur le rôle et les missions du service de gérontopsychiatrie.
- Etendre les modalités de recours au service de gérontopsychiatrie via l'utilisation de la télémédecine.

## Coordination territoriale avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes

La notion de parcours implique de partir des besoins d'une personne pour lui proposer une réponse adaptée et une orientation adéquate. D'un point de vue organisationnel, cette notion de parcours suppose de décloisonner et de coordonner.

- Renforcer la **coordination** autour de situations difficiles, notamment pour permettre une anticipation des situations critiques et **faciliter les passerelles**, notamment entre le secteur de la psychiatrie et le médico-social mais aussi pour le handicap, entre le secteur enfant/adulte et adulte/dépendance.
- **Mettre en œuvre une instance de coordination** pérenne avec l'ensemble des acteurs : associations, établissements de santé, Aide Sociale à l'Enfance, représentants légaux, UNAFAM, médecins libéraux...  
Pour ce faire, il convient de définir, en amont, **le pilote et le territoire le plus adapté** (communes, pays, département).  
Dans ce cadre, les instances instaurées par la loi Santé pourront permettre cette coordination en santé mentale, notamment sur le territoire.

## Dans le cadre de l'accompagnement des personnes au sein des ESMS

- Consolider le partenariat entre ESMS, notamment pour faciliter les possibilités de séjour de rupture inter-ESMS. Dans ce cadre, mener un travail en lien avec la MDPH permettant de faciliter les passerelles inter-ESMS.
- Poursuivre ou mettre en œuvre un accompagnement des équipes pour l'accompagnement de personnes avec troubles psychiques. Dans ce cadre, les préalables/les prérequis ci-dessous ont été identifiés :
  - ❖ Formation/sensibilisation des professionnels (*aux troubles et à la prévention de certains risques*),
  - ❖ Adaptation et souplesse des pratiques d'accompagnement et dans l'organisation interne (exemple : adaptation du rythme de la journée pour éviter des temps d'inactivité trop long pour certains résidents) ;
  - ❖ Vigilance dans la cohérence éducative ;
  - ❖ Diffusion et prise en compte des recommandations de bonnes pratiques.
- Permettre une adaptation des locaux de certains ESMS pour ainsi faciliter l'accompagnement des personnes.
- Optimiser les temps de psychologues pour renforcer leur temps de présence auprès des résidents et des professionnels.

## Dans le cadre de l'accompagnement des personnes à domicile

- En amont de l'intervention du service et suite à une hospitalisation : organiser **une visite à domicile d'évaluation ou un temps de rencontre** qui associe, outre le responsable du service, l'aide à domicile, l'aidant familial ainsi que le partenaire professionnel prodiguant des soins (équipe psychiatrique) ou tout autre professionnel apportant son appui (SAVS/SAMSAH, représentant légal, etc.).
- Mettre en place des temps d'analyse de la pratique et/ou de supervision.

## Dans le cadre de la coopération avec le secteur de la psychiatrie

- **Définir le cadre général de cette coopération** pour l'ensemble des ESMS et le secteur de la psychiatrie avec les autorités (idée d'un groupe de travail par pays) en intégrant l'ensemble des champs (PA/PH/Protection de l'Enfance/protection juridique).
- En amont de ce groupe de travail, prévoir au préalable un état des lieux par ESMS et par services de psychiatrie sur les attendus, points forts et points faibles de la coopération actuelle.
- **Renforcer les échanges** entre les ESMS et le secteur de la psychiatrie :
  - ❖ Améliorer la connaissance des acteurs par secteur, par exemple, mettre en œuvre des périodes de stages croisés au sein des services de psychiatrie et des structures médico-sociales, notamment en cas de changement de responsables.
  - ❖ Définir l'objet de la coopération et ses modalités, prévoir notamment une définition partagée de la notion d'urgence et de situation complexe.
  - ❖ Définir les modalités concrètes du travail conjoint entre les professionnels des 2 champs pour l'orientation de personnes, notamment :
    - Intervention en appui auprès des équipes pour aider dans l'adaptation des pratiques et des soins.
    - Echanges dans le cadre de « suivis conjoints ».
    - Orientation de patients hospitalisés vers les ESMS.

Ces échanges pourraient, en partie, être réalisés dans le cadre des CLSM.

*Pour le champ des personnes âgées :*

- Développer les possibilités d'intervention du service de gérontopsychiatrie au sein des EHPAD (*télé médecine*).
- Communiquer sur l'existence de ce service et ses missions.

## Conclusion

Si la définition de la notion de situation complexe ou difficile n'est pas unanime, car renvoyant à des situations variables en fonction des professionnels interrogés et des structures rencontrées, elle génère un même constat : **la nécessité de proposer de nouvelles modalités de réponses, de faire appel à d'autres savoir-faire et savoir-être, de faire évoluer les cadres d'intervention et de travailler sur les représentations et les modèles d'analyse des professionnels.**

Pour Jean-Yves Barreyre, « *les situations complexes sont au cœur des politiques de santé publique. Parler de situations complexes est un pléonasme ; la complexité est la caractéristique d'un individu confronté à celle de son environnement. [...]. La complexité n'est pas forcément celle de la situation, mais celle des professionnels qui ont à répondre (approches disciplinaires dispersées). Il convient de prendre en compte le rapport de la situation complexe, des troubles du comportement et de la communication. Le fil rouge concerne une très forte limitation en termes de communication : grande difficulté à dire sa souffrance.*»<sup>29</sup>

Dès lors, les questions se situent à quatre niveaux :

- ceux des parcours,
- des pratiques,
- des organisations,
- des pouvoirs publics.

En effet, ces publics viennent questionner l'ensemble des champs et des organisations actuels. Il convient alors de repenser l'organisation existante et, pour chaque personne, de rechercher une réponse pour chacun de ses besoins. Pour cela, il est nécessaire que l'ensemble des acteurs coopèrent et qu'ils disposent de plus de souplesse dans leur fonctionnement.

En outre, l'importance et la nécessité d'une instance partenariale autour de situations complexes est à souligner. Dans ce cadre, il convient de mettre en oeuvre les dispositions prévues par la loi Santé.

---

<sup>29</sup> Intervention de JY Barreyre dans le cadre de la Conférence « Incasable, inclassable, incassable ? Accompagner les enfants et les adolescents en difficultés multiples et en souffrance psychique ». Vendredi 19 octobre 2012, Journée organisée par l'association Rénovation à Bordeaux

## Bibliographie

### Textes législatifs et réglementaires

- **Décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016** relatif aux communautés psychiatriques de territoire
- **Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016** relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes
- **Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé
- **Loi n°200-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- **Décret n°2009-322 du 20 mars 2009** relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie

### Schémas

- **Programme Territorial de Santé de l'Indre-et-Loire**  
DD ARS 37, 2013-2016
- **Schéma Départemental en faveur des personnes handicapées**  
Conseil Départemental de l'Indre-et-Loire, 2012-2016
- **Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale de la région Centre**  
Ars Centre – 2012-2016

### Etudes, rapports, recommandations

- **Rapport relatif à la santé mentale**  
LAFORCADE, Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine pour le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Octobre 2016
- **Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des professionnels très engagés**  
Les dossiers de la DREES, Septembre 2016
- **Diagnostic local de santé en vue de l'élaboration du Contrat Local de Santé, Pays Loire Touraine**  
ORS Centre-Val de Loire, Février 2016
- **Handicap et protection de l'enfance : des droits pour les enfants invisibles**  
Rapport du Défenseur des Enfants, 2015
- **693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011**  
DREES, Etudes et Résultats n°899, Décembre 2014
- **Zéro sans solution. Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches**  
D. PIVETEAU, Conseiller d'Etat, Juin 2014
- **La prise en compte du vieillissement des adultes handicapés en FAM et FV**  
Etudes du CREAI réalisées à la demande de l'ARS Centre-Val de Loire, 2013
- **Observatoire des EHPAD**  
Rapport KPMG, 2013
- **Analyse des rapports d'activité psychologue des EHPAD de la région Midi-Pyrénées**  
ORS Midi-Pyrénées pour l'ARS, 2012
- **La prise en compte du vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT**  
CREAI Centre-Val de Loire pour l'ARS, 2012

- **La Démence**  
OMS, Aide-Mémoire n°362, Avril 2012
- **Les situations complexes de handicap. Des populations que l'on ne veut pas voir, pas entendre, pas comprendre ?**  
Recherche documentaire, Cédias-CREAI Ile-de-France, Juillet 2011
- **La coordination dans le champ sanitaire et médico-social. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles**  
Etude réalisée pour la Fondation Paul Bennetot, Centre de Gestion Scientifique de Mines-Paris. M. BLOCH, L. HENAULT, GC. SARDAS, S. GAND. Février 2011
- **Note de cadrage relative à la qualité de vie en EHPAD**  
ANESM, Mars 2010
- **Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des établissements et services d'aide par le travail dans leurs missions médico-sociale et économique**  
Etude pour la DGCS, OPUS 3, Novembre 2009

#### Articles, revues

- **Alliance soignants-familles**  
LEPINE, Lettre de psychogériatrie 2013
- **À propos du placement des personnes âgées**  
PLOTON, Gérontologie et société, n° 112, 2007

## Liste des sigles

**ANESM** : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux  
**ARS** : Agence régional de Santé  
**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce  
**CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles  
**CHIC** : Centre Hospitalier Intercommunal Amboise –Château-Renault  
**CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours  
**CLS** : Contrat Local de Santé  
**CMP** : Centre Médico-Psychologique  
**CMRR** : Consultation mémoire et centre mémoire de ressources et de recherche  
**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
**CREAI** : Centre Régional d'Etude et d'Action et d'Information pour les personnes en situation de vulnérabilité  
**CRESAM** : Centre national de REssources pour Enfants et Adultes Sourdaveugles et Sourds Malvoyants  
**CRIAVS** : Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles  
**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
**FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé  
**FH** : Foyer d'Hébergement  
**FV** : Foyer de Vie  
**FO** : Foyer Occupationnel  
**IME** : Institut Médico-Educatif  
**ITEP** : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique  
**HPST** : Hôpital Patients Santé Territoires  
**MAIA** : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie  
**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée  
**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
**ORS** : Observatoire Régional de Santé  
**PAERPA** : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie  
**PSRS** : Plan Stratégique Régional de Santé  
**PTS** : Programme Territorial de Santé  
**SAAD** : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile  
**SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
**SAVIS** : Service d'Accompagnement de Vie et d'Insertion Sociale  
**SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile  
**SROMS** : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale  
**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
**UNAFAM** : Union Nationale des Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques  
**USLD** : Unité de Soins Longue Durée

## Liste des figures

|   |    |
|---|----|
| Figure 1- Nombre et taux de retour par catégorie .....  | 18 |
| Figure 2 - Profil des répondants au questionnaire .....   | 18 |
| Figure 3 - Profil des répondants pour le secteur Loire Touraine.....                              | 19 |
| Figure 4 - Calendrier global de la démarche .....   | 20 |
| Figure 5 -Tableau récapitulatif des entretiens réalisés et des personnes interrogées .....        | 24 |
| Figure 6 - Détail du profil des répondants pour le secteur du handicap .....                      | 43 |
| Figure 7 - Profil des professionnels formés au sein des structures concernées .....               | 43 |
| Figure 8 - Tableau de temps de présence des professionnels ressources .....                       | 43 |
| Figure 9 - Tableau des structures qui vont ou ont organisé des formations en interne .....        | 49 |
| Figure 10 - L'accueil temporaire au sein des structures pour personnes en situation de handicap . | 51 |
| Figure 11 - Profils des structures concernées .....   | 53 |
| Figure 12 - Etablissements ou services qui apportent un soutien aux ESMS par champ .....          | 53 |
| Figure 13 - Les modalités du soutien apporté aux ESMS.....  | 55 |
| Figure 14- Les différents types d'ESMS du secteur enfance.....                                    | 57 |
| Figure 15- Les différents types d'ESMS du secteur adulte .....                                    | 58 |
| Figure 16 - Motifs du recours au psychiatre libéral.....  | 61 |
| Figure 17- Les besoins des équipes .....  | 62 |
| Figure 18- Profil des structures concernées.....  | 62 |
| Figure 19 - Profils des structures déclarant ne pas parvenir à couvrir les besoins.....           | 63 |
| Figure 20 - Les difficultés rencontrées par les ESMS pour couvrir ces besoins .....               | 64 |

# ANNEXES

1. Détail des réponses au questionnaire
2. Grille d'entretien service de psychiatrie/gérontopsychiatrie
3. Grille d'entretien ESMS
4. Grille d'entretien aidants
5. Les membres du comité de pilotage

## 1 - Détail des formations mises en place ou à venir

### A – dans le secteur des personnes âgées

|       |   |
|-------|---|
| EHPAD | <b>Cité par 7 EHPAD sur les 11 : prise en charge des troubles psychiatriques</b>  |
|       | Agressivité et violence en lien avec la maladie d'Alzheimer   |
|       | De la normalité à la pathologie psychiatrique et neurodégénérative. Comprendre pour mieux accompagner. Prise en charge spécifique des personnes âgées atteintes de troubles du comportement (fin 2015, 2016)  |
|       | Gestion de l'agressivité, gestion des troubles du comportement et des pathologies psychiatriques, repérage et orientation de la crise suicidaire  |
|       | Repérage des troubles de la dépression  |
| SSIAD | Les formations (gérontopsychiatrie) concernent : la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, la connaissance des troubles du comportement perturbateurs, les mécanismes de souffrance psychologique, les situations à risque de conflit, la gestion des émotions, mieux comprendre l'agressivité. |
|       | Troubles du comportement  |
|       | Prise en charge des troubles psychiatriques   |
|       | Repérage de la crise suicidaire de la personne âgée pendant l'accompagnement et les soins à domicile.   |
|       | Les addictions  |

### B - dans le secteur du handicap

|                     |  |
|---------------------|--|
| CAMSP               | <b>TDAH, mise au point sur la nosographie des troubles du développement (prévue en décembre 2016)</b>  |
| IME                 | Formation troubles du spectre autistique   |
| SAVIS               | SENSIBILISATION AUX ETATS LIMITES  |
| 2 Foyer de vie      | Connaissance des pathologies mentales  |
| Foyer d'hébergement | Formation : connaissance des handicaps psychiques et pathologies mentales  |
| MAS                 | Traumatismes crâniens et troubles du comportement  |
| FAM                 | Traumatismes crâniens et troubles du comportement  |
| FAM PSY             | Intervenant interne : Douleur chez les résidents psychotiques, Psychose vieillissante, risque suicidaire - Intervenant externe : Etre soignant auprès d'adultes psychotiques, appréhender les troubles psychiques en institution |
| ESAT                | ANALYSE DE LA PRATIQUE   |
| ESAT                | Formation sur les troubles psychiques : études cliniques relatives à des cas, élaboration de "bonnes pratiques en matière d'accompagnement et mise en perspective avec la bientraitance  |
| ESAT                | Initiation par la psychologue aux divers troubles psychiatriques   |
| ESAT                | 1 j Formation sur le handicap psychique en 2015 - 1 j prévu en 2016 pour approfondissement   |
| ESAT                | Connaissance des pathologies   |

**Tableau détail des ETP formés dans le champ du handicap par type de structure**

| <b>Secteur enfant</b>  |  |
|--|--|
| <b>Médecin psychiatre</b>                                      | 2 IME : 014 et 0.16 ETP                                |
|  | 3 SESSAD : 0.45 et 0.15 ETP                            |
|  | 6 ETP : 2 pour 0.50 ETP ; 2 à 0.20 ETP et 1 à 0.85 ETP |
| <b>Infirmier</b>   | ITEP : 0.50 ETP  |
| <b>Médecin</b>   | 1 CAMSP : 0.80 ETP                                     |
| <b>Secteur adulte</b><br><i>(12 réponses, 11 exploitables)</i> |  |
| <b>Médecin psychiatre</b>                                      | FV/FO : 0.18 ETP                                       |
|  | 2 FV : 0.14 ETP et un 0.16 ETP                         |
|  | ESAT : 0.125 ETP                                       |
|  | SAMSAH : 0.10 ETP                                      |
|  | FAM : 0.38 ETP   |
| <b>Infirmier</b>   | MAS : 1 ETP  |
|  | FAM : 2 ETP  |
|  | SAMSAH : 1 ETP   |
| <b>Médecin</b>   | FAM : 0.14 ETP   |
| <b>Autres</b>  | FAM : 27.91 ETP  |
|  | ESAT : 0.25 ETP  |
|  | ESAT : 0.33 ETP  |
|  | SAVS : 1 ETP   |

**Etablissements et services de santé ayant passé convention avec les ESMS :**

- Le CHRU (avec 11 structures)
- Le Centre Hospitalier de Chinon (avec 3 structures)
- Le CHIC Amboise –Château-Renault (avec 3 structures)
- Le CH de Loches (avec 2 structures)
- La clinique Ronsard (pour 5 structures)
- La clinique Val de Loire (pour une structure)
- Le Centre hospitalier de Luynes (une structure)
- Le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (une structure)

## 2 - Grille d'entretien avec le secteur psychiatrique d'Amboise-Château-Renault

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Présentation du professionnel et de la structure</b></p>   | <p>Fonction, ancienneté, missions</p> <p>Présentation du service</p>  |
| <p><b>Sentiment général sur la coopération avec le secteur médico-social</b></p>                         | <p>De façon générale, comment qualifieriez-vous vos relations avec le secteur médico-social ?</p>   |
| <p><b>Organisation avec le secteur médico-social</b></p>   | <p>Actuellement, travaillez-vous avec le secteur médico-social (ESMS handicap, EHPAD et services intervenant à domicile) ? Si oui, dans quel cadre ?</p> <p>Dans ce cadre, des outils spécifiques ont-ils été mis en place entre les directions ? (exemples : convention, temps de coordination entre structures)</p> <p>Si des conventions sont formalisées, avec quels ESMS, depuis quand ? Quel est l'objet de ces conventions et sont-elles effectives ? Si non, pour quelles raisons ?</p> <p>Dans ce cadre, des outils spécifiques ont-ils été mis en place entre les équipes ? Si oui, lesquels ?</p> <p>Des évolutions au cours des 3 dernières années ?</p> <p>Si oui lesquelles et pourquoi ?</p> |
| <p><b>Gestion des entrées et sorties et articulation avec le secteur médico-social dans ce cadre</b></p> | <p>Comment gérez-vous les demandes de prise en charge (anticipées et en urgence) de personnes accompagnées par des ESMS ? Comment gérez-vous les sorties ? Quelle articulation avec le secteur médico-social ?</p> <p>En quoi la psychiatrie peut-elle être un recours pour les personnes accompagnées par les ESMS et pour les équipes ?</p> <p>Quelle(s) plus-value(s) de l'hospitalisation en psychiatrie pour des patients d'ESMS ? Exemples concrets de prise en charge (modalités de la prise en charge au sein du service, quel encadrement...). Quelles sont les conséquences pour les personnes hospitalisées ? (ex : perte d'autonomie ?)</p>   |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>Dans le cadre de la prise en charge de personnes accompagnées par des ESMS comment le relais (en amont et après la prise en charge) est-il organisé ?</p> <p>D'autres modalités de travail devraient-elles être imaginées ou pourraient-elles être imaginées ?</p>  |
| <p><b>Souhaits/besoins/perspectives</b></p> | <p>D'une manière générale, quels sont vos besoins et vos souhaits dans le cadre du travail mené avec les ESMS ?</p> <p>Selon vous, est-ce que des améliorations sont à prévoir dans le cadre de votre travail avec le secteur médico-social ? Si oui, lesquelles ?</p> |

### 3 - Grille d'entretien avec les ESMS

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Présentation du professionnel et de la structure</b></p> | <p>Fonction, ancienneté, rôle et missions au sein de la structure (point à creuser particulièrement pour les psychologues/psychiatres)</p> <p>Présentation de l'ESMS et de ses ressources internes (avec direction : point ETP pourvus et non pourvus)</p>  |
| <p><b>Situations difficiles-complexes</b></p>                  | <p>Selon vous, qu'est-ce qu'une situation complexe/difficile ? Exemples ?</p> <p>Des personnes accompagnées au sein de l'ESMS sont-elles en situation complexe ou en situation que vous ne vous sentez pas en capacité de gérer seul ?</p> <p>Si oui, quelle est la part, le nombre de personnes accompagnées concernées ?</p> <p>Si oui, quel est le profil de ces personnes et comment se manifestent ces situations ?</p> <p>Qu'est-ce qui fait surgir les troubles de ces personnes selon vous? (<i>vie collective, les rapports entre résidents...</i>)</p> <p>Pour ces personnes, est-ce qu'un diagnostic est posé ? Si oui, ce diagnostic a été réalisé avant ou suite à l'entrée au sein de la structure ?</p> <p>Si oui, est-ce que des adaptations internes dans le cadre de l'accompagnement de la personne ont été mises en place suite à ce diagnostic?</p> <p>Si non, des démarches sont-elles en cours ou ont-elles été entreprises au sein de la structure ? Si oui, précisez vers quelle structure et les modalités.</p> <p>Est-ce que le nombre de ces situations a évolué ? Quelles sont les origines de cette évolution selon vous ?</p> <p>Ces situations ont-elles nécessité une réorganisation interne, une évolution des pratiques d'accompagnement ? Si oui précisez.</p> <p>Est-ce qu'au sein de l'ESMS des professionnels peuvent être des personnes ressources ? Si oui, lesquelles et comment se traduit leur appui ?</p> <p>Dans le cadre de ces situations, est-ce que le relais est fait auprès des autorités</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>(MDPH, ARS) ? Précisez.</p> <p>Ces situations ont-elles nécessité le recours à des ressources extérieures ? Si oui lesquelles et pourquoi ?</p> <p>Des besoins restent-ils non couverts ? Si oui, pour quelles raisons ?</p> <p>Comment ces situations complexes sont-elles concrètement accompagnées au sein de la structure ? Des besoins spécifiques sont-ils exprimés par les professionnels ? Si oui, lesquels ? Des réponses spécifiques ont-elles été mises en place ? si oui lesquelles ?</p> <p>L'ESMS répond-il à l'ensemble des besoins des personnes en situation complexe/difficile ? Si non lesquels et pourquoi ?</p>   |
| <p><b>Sentiment général sur la coopération avec le secteur psychiatrique</b></p>        | <p>De façon générale, comment qualifieriez-vous vos relations avec le secteur psychiatrique ?</p> <p>Est-ce que les missions du secteur de la psychiatrie sont claires pour vous ? Précisez.</p>  |
| <p><b>Coopération et organisation avec le secteur psychiatrique et les libéraux</b></p> | <p>Actuellement, dans le cadre de l'accompagnement de situations complexes, êtes-vous amené à travailler avec le <u>secteur psychiatrique</u> ?</p> <p>Si oui, dans quel cadre (en urgence ou anticipé) ? (<i>Illustration par des exemples de situations</i>).</p> <p>Est-ce que des orientations par défaut peuvent être réalisées vers la psychiatrie ?</p> <p>Si oui, pourquoi ? (<i>Illustration par des exemples de situations</i>).</p> <p>Dans ce cadre, des modalités de travail « conjointes » sont-elles définies ?</p> <p>Si oui, des outils spécifiques ont-ils été mis en place <u>entre les directions</u> ? (exemple : convention)</p> <p>Si vous disposez d'une convention, depuis quand, quel est son objet et est-elle effective ?</p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>Des outils spécifiques ont-ils été mis en place <u>entre les équipes</u> ?</p> <p>Des évolutions au cours des 3 dernières années dans le travail avec le secteur psychiatrique ? Si oui lesquelles et pourquoi ?</p> <p>Si oui, l'ensemble des besoins sont-ils couverts ?</p> <p>Si non, pourquoi ?</p> <p>Actuellement, dans le cadre de l'accompagnement de situations complexes/difficiles, êtes-vous amené à travailler avec <u>des libéraux</u> ?</p> <p>Si oui, dans quel cadre (maintien du suivi existant avant l'entrée en établissement, nouveau suivi, ...)? Par quel biais cette intervention est-elle financée ?</p> <p>Y a-t-il eu des évolutions au cours des 3 dernières années dans le travail avec les libéraux ?</p> <p>Si oui lesquelles et pourquoi ?</p> <p>Si oui, l'ensemble des besoins sont-ils couverts ?</p> <p>Si non, pourquoi ?</p> |
| <p><b>Coopération et organisation avec l'offre sanitaire ou médico-sociale</b></p>  | <p>Dans le cadre de ces situations, avez-vous recours à d'autres dispositifs ou autres structures ? Si oui lesquelles et dans quel cadre ?</p> <p>Des situations de « répit », de relais peuvent-elle être organisées (<i>accueil de jour, hébergement temporaire, etc.</i>)? Si oui lesquelles ? Dans quel cadre ?</p> <p>Si non, est-ce que la mise en place, la création d'un dispositif spécifique de répit est un besoin ? Précisez.</p> <p>+ <i>Pour les services à domicile : quelle articulation avec les bailleurs ? les mandataires judiciaires ?</i></p>  |
| <p><b>Pour les professionnels éducatifs et soignants</b></p> <p><b>Organisation interne - Pratiques au sein de la structure</b></p> | <p>Comment sont accompagnées ces situations au sein de la structure ?</p> <p>Dans le cadre de vos missions, êtes-vous amené(e) à intervenir auprès de personnes en situation complexe ? Si oui, dans quel cadre ?</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p><i>Zoom sur la notion de situation complexe et l'accompagnement mené :</i></p> | <p>Dans ce cadre, les modalités d'accompagnement ont-elles évolué ? Si oui, précisez.</p> <p>Si non, est-ce un besoin ? Si oui, précisez.</p> <p>Disposez-vous d'outils internes ou externes pour vous aider dans l'accompagnement de ces situations ? Si oui, lesquels ?</p> <p>Si non, avez-vous des besoins ?</p> <p>Dans le cadre de situations de crise, quelle organisation est mise en place en interne pour la gestion de ces situations?</p> <p>Dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation complexe/difficiles, êtes-vous amené(e) à travailler en lien avec le secteur de la psychiatrie ? Si oui lequel et dans quel cadre ? Si non, est-ce un besoin ?</p> <p>Dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation complexe, êtes-vous amené à travailler en lien des professionnels libéraux ? Si oui, lesquels et dans quel cadre ?</p> <p>Si non, est-ce un besoin ?</p> |
| <p><b>Souhaits/besoins/<br/>perspectives</b></p>                                  | <p>D'une manière générale, quels sont <b>vos besoins et vos souhaits</b> dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation complexe /difficile?</p> <p>Selon vous, est-ce que <b>des améliorations</b> sont à prévoir dans le cadre de votre travail avec le secteur médico-social ? Si oui, lesquelles ?</p>   |

## 4 - Grille d'entretien avec les familles

Objectif: regards par rapport à la prise en charge et l'accompagnement de leur proche

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Présentation</b></p>  | <p>Du parcours de leur proche et des différentes étapes</p> <p>Date d'entrée dans la structure et origine de la demande d'admission</p>   |
| <p><b>Accompagnement du proche et association de l'aidant</b></p> | <p>Estimez-vous que l'ESMS est en capacité de répondre à l'ensemble des besoins en psychiatrie de votre proche ?</p> <p>Avez-vous (ou l'ESMS) déjà fait appel à un service de psychiatrie ? Si oui, lequel et dans quel cadre ? Quel est votre retour sur cette ou ces expérience(s) ?</p> <p>Avez-vous (ou l'ESMS) déjà fait appel à des psychiatres libéraux ? Si oui, dans quel cadre ? Quel est votre retour sur cette ou ces expérience(s) ?</p>     |
| <p><b>Souhaits/besoins/perspectives</b></p>                       | <p>Selon vous, dans le cadre de l'accueil et la prise en charge dans les services de psychiatrie, est-ce que des points sont à améliorer ?</p> <p>Si oui lesquels ?</p> <p>Selon vous, dans le cadre de l'accès aux professionnels libéraux, est-ce que des points sont à améliorer ?</p> <p>Si oui lesquels ?</p> <p>Avez-vous des remarques, des souhaits et ou des besoins dans le cadre de l'accompagnement mené et de l'accès à la psychiatrie ?</p> |

## 5 - Les membres du comité de pilotage

ARS

CREAI

MDPH

Le Conseil Départemental de l'Indre-et-Loire

ADAPEI 37

UNAFAM 37

Enfance et Pluriel

Le service de psychiatrie du Centre Hospitalier d'Amboise Château-Renault

EHPAD La Bourdaisière

EHPAD La Villa Éléonore

