



EHESP

**Diplôme d'Établissement : « Direction
d'EHPAD et Droits des Usagers :
enjeux, outils et méthodes »**

Promotion : **2013 - 2014**

Date du Jury : **27 Novembre 2014**

**L'accompagnement des personnes
âgées présentant des troubles du
comportement au sein des structures
d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes**

Zacharie MAUGE

Remerciements

Mes premiers remerciements vont tout d'abord à Mr Philippe PARET, Directeur Général, qui a su me faire confiance et qui m'a également incité à effectuer cette formation.

Je remercie toute l'équipe de direction de l'Etablissement ainsi que du Centre Hospitalier pour leur soutien dans ma démarche de formation. Je remercie également les professionnels, les familles et les résidents qui ont participé aux entretiens.

Je remercie aussi mes collègues de formation pour les échanges constructifs que nous avons pu avoir et ma compagne pour son soutien dans cette démarche.

Enfin, je remercie Arnaud CAMPEON pour m'avoir laissé la possibilité d'effectuer cette formation, Karine CHAUVIN pour son aide méthodologie dans la réalisation du mémoire et Christelle ROUTELOUS pour la qualité de cette formation.

Sommaire

Introduction	1
1 Le développement des EHPAD face à l'évolution de la dépendance des personnes âgées	3
1.1/ L'évolution de la dépendance psychique au sein des EHPAD et les changements à venir	3
1.1.1 Présentation au niveau national.....	3
1.1.2 Présentation du public accueilli au sein de l'Etablissement.....	4
1.1.3 Les perspectives à venir.....	5
1.2/ EHPAD : Rôles et limites dans l'accueil des personnes âgées	5
1.2.1 La place des EHPAD dans le secteur sanitaire, social et médico-social.....	5
1.2.2 Le rôle des EHPAD conformément à la loi du 2 Janvier 2002.....	6
1.2.3 Les limites du rôle des EHPAD.....	7
1.3/ La réponse des pouvoirs publics face aux évolutions du public accueilli dans les EHPAD	8
1.3.1 L'évolution des moyens financiers.....	8
1.3.2 Le plan Alzheimer 2008/2012.....	9
1.3.3 Les évolutions à venir et opportunités.....	10
2 L'organisation de l'Etablissement dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement	10
2.1/ Une organisation institutionnelle privilégiant la mixité entre les différentes pathologies	10
2.1.1 Des services organisés de manière uniforme.....	10
2.1.2 Une cohabitation entre les personnes âgées présentant des pathologies différentes.....	12
2.1.3 Un projet d'établissement ancré vers La standardisation.....	14
2.2/ Une organisation des soins ne comportant pas de spécificités dans la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement	15
2.2.1 Accueil et Admission.....	15
2.2.2 L'organisation paramédicale autour de l'utilisateur.....	16
2.2.3 La place et le rôle des médecins au sein de la structure.....	17
2.3/ Une configuration architecturale hospitalière	18
2.3.1 La transformation de l'Etablissement en EHPAD, des locaux non adaptés à la prise en charge des troubles du comportement.....	18
2.3.2 Un arbitrage difficile entre liberté et sécurité.....	20
3 Les solutions pouvant être mise en œuvre afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement	21
3.1/ Une organisation institutionnelle privilégiant la spécialisation de la prise en charge	21
3.1.1 Un projet d'établissement distinguant la prise en charge des différentes pathologies.....	21
3.1.2 Une spécialisation des services de l'établissement.....	23
3.1.3 Une coordination de la prise en charge avec les différents acteurs sociaux et médico-sociaux du secteur.....	24
3.2/ Une organisation des soins privilégiant la spécialisation de la prise en charge	26
3.2.1 Accueil et Admission individualisé.....	26
3.2.2 Une organisation paramédicale spécifique.....	27
3.2.3 Renfort et spécialisation du corps médical au sein de l'établissement.....	29

3.3/ Une organisation architecturale adaptée	30
3.3.1 Des locaux favorisant la prise en charge des troubles du comportement.....	30
3.3.2 Des locaux permettant d'assurer la sécurité tout en respectant la liberté.....	32
Conclusion	33
Bibliographie	34
Liste des annexes	35

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Association Française de Normalisation
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressource
ANAH : Agence Nationale de l'Habitat
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
ASG : Assistant de Soins en Gérontologie
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CAJA : Centre d'Accueil de Jour Alzheimer
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCG : Commission de Coordination Gériatrique
CH : Centre Hospitalier
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DRESS : Direction de la Recherche, Etudes, Evaluation et Statistiques
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPGT : Etablissement Public Gérontologique de Tournan en Brie
ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer
GIR : Groupe Iso Ressource
GMP : Gir Moyen Pondéré
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PVP : Projet de Vie Personnalisé
SSIAD : Servie de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UCC : Unité Cognitivo Comportementale
UHR : Unité d'Hébergement Renforcée
UHTA : Unité d'Hébergement Temporaire Alzheimer
UP : Unité Protégée

Introduction

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés représente actuellement un réel enjeu pour notre société. Notre pays doit adapter le fonctionnement de l'organisation du système de santé face à un vieillissement de la population ainsi entre autre qu'une dépendance psychique accrue chez les personnes âgées. Les pouvoirs publics ont mise en œuvre un certain nombre de dispositifs et d'outils au travers notamment de la loi du 2 Janvier 2002 ainsi que le plan Alzheimer 2008-2012.

Les EHPAD sont aujourd'hui en première ligne de cette adaptation profonde du système de santé, pour une prise en charge optimale des personnes âgées présentant des troubles du comportement. Cependant, malgré les moyens accordés par les pouvoirs publics, la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement en institution reste encore à améliorer dans beaucoup de structures.

Actuellement en poste de directeur délégué d'un EHPAD depuis un peu moins de 2 ans, j'ai pu constater les difficultés auxquelles est confronté mon établissement au quotidien. Ce mémoire a un véritable intérêt professionnel pour moi car il me permet de chercher des solutions à mettre en œuvre dans le cadre de la prise en charge de mon établissement.

En effet, je me suis aperçu que l'organisation institutionnelle des services ne répondait pas forcément aux attentes des usagers présentant des troubles du comportement avec notamment des services ne comportant aucune spécialisation dans la prise en charge des troubles. L'organisation architecturale présente également de nombreuses contraintes dans la prise en charge avec des espaces communs restreints ne favorisant pas la déambulation et une majorité de lits en chambre doubles.

J'ai également constaté un manque de formation et de sensibilisation des professionnels face à cette prise en charge. J'ai alors compris qu'il fallait aller au-delà des soins de nursing traditionnels en institution.

Atouts et limites dans la prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement au sein de l'EHPAD ?

Comment peut-on adapter la prise en charge de l'établissement à ce public ?

J'ai choisie d'axer mon travail de recherche sur cette problématique afin de prendre du recul sur mes pratiques et de trouver des solutions concrètes à mettre en œuvre. Cette démarche a pour objectif d'apporter une meilleure qualité de prise en charge aux usagers présentant des troubles du comportement. Je suis donc reparti du besoin initial de l'utilisateur au travers de sa maladie afin de pouvoir trouver les solutions organisationnelles, institutionnelles et architecturales adaptées aux conséquences de ce type de pathologie.

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai commencé par effectuer des recherches documentaires et bibliographiques lié à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer en institution (recommandations de l'ANESM, cahiers des charges de l'ARS, ouvrages, ...). J'ai ensuite réalisé des entretiens individuels semi-directifs au sein de mon établissement avec quatre professionnels membres de l'équipe de direction (cadre de santé, médecin coordonnateur, infirmier, animateur). J'ai cependant choisi de faire le reste de mes entretiens au sein d'une autre structure de la même configuration avec lequel mon établissement est en direction commune (deux agents des services hospitaliers, deux aides-soignants, deux résidents et deux familles). Ce choix m'a permis de ne pas avoir de lien hiérarchique avec les personnes interrogées. Je me suis aussi appuyé sur les différents modules de la formation pour la réalisation de ce travail (les outils de la loi du 2 Janvier 2002, la prise en compte des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, ...). Enfin, j'ai utilisé mon expérience et ma vision du terrain.

Je vais dans un premier temps contextualiser les évolutions et le développement des structures d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes face à l'évolution de la dépendance, tout en comparant avec l'Etablissement. Je vais ensuite vous présenter les intérêts et les limites de l'organisation de l'Etablissement face à la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement. Enfin j'exposerai les différentes solutions que le préconise pour améliorer cette prise en charge.

1 Le développement des EHPAD face à l'évolution de la dépendance des personnes âgées

1.1/ L'évolution de la dépendance psychique au sein des EHPAD et les changements à venir

1.1.1/ Présentation au niveau national

La démographie actuelle, en France, est en faveur du vieillissement de la population. On prévoit qu'en 2050, la France comptera plus de 11 millions de personnes âgées de 75 ans et plus de 5 millions de plus de 85 ans, soit trois fois plus qu'aujourd'hui.¹ Cette évolution du vieillissement de la population est également liée à une évolution de la dépendance en France. Selon l'étude de Michel Duée et Cyril Rebillard², 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 800 000 actuellement en France. Notre pays a donc un important défi à relever pour la prise en charge de la dépendance.

Plus particulièrement au niveau des institutions, selon l'étude KPMG 2014³ le degré de dépendance en EHPAD augmente. En effet, il ressort de cette étude que la dépendance a en effet fortement évolué depuis 2008 car la moyenne du niveau GIR (équivalent du degré de dépendance) est passée de 607 en 2008 à 657 en 2012 pour les EHPAD Privés Non Lucratifs (+8.24%), tandis que celle des établissements publics s'élève à 709.

Par ailleurs, d'après la DREES⁴, la population en EHPAD passerait de 35% en 2010, à 37% en 2040. En effet, en 2011, 84% des personnes dépendantes de GIR 1 résidaient en établissement. Le taux passait à 60% pour les GIR 2, à 34% pour les GIR 3, et à 21% pour les GIR 4. Selon la projection 2040 de l'INSEE, le taux de croissance moyen du nombre de personnes résidant en EHPAD serait d'environ 2,2% par an, contre 1,9% par an pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile.

Avec une corrélation importante entre l'évolution de la dépendance et le nombre de résident accueillis en institution, les EHPAD se trouvent face à une évolution continue du degré de dépendance des résidents accueillis. Selon la DRESS⁵, plus de huit résidents sur dix souffrent au mois d'une affection neuropsychiatrique. De plus, dans les EHPAD, 42% des usagers souffrent d'une démence. Ces données montrent clairement que les EHPAD accueillent de plus en plus de résidents présentant des troubles des fonctions supérieures. En résumé, nous pouvons constater trois tendances avérées : vieillissement de la population, accroissement de la dépendance et augmentation de la part des personnes

¹ Données INSEE Projection de population 2005-2030 (Juillet 2007)

² Etude de Michel Duée et Cyril Rebillard, La dépendance des personnes âgées : Une projection à long terme. INSEE, Avril 2004

³ Etude KPMG : Observatoire des EHPAD 2014

⁴ Solidarité Santé, N°43, Septembre 2013

⁵ DRESS volet « pathologie et morbidité » de l'enquête EHPA 2007

âgées présentant des troubles des fonctions supérieures en institution. Face à ces trois tendances, il est nécessaire que les EHPAD adaptent leur fonctionnement et leur prise en charge afin de satisfaire au mieux les besoins actuels et futurs des personnes âgées.

1.1.2/ Présentation du public accueilli au sein de l'Etablissement

L'Etablissement concerné est un EHPAD situé en Seine et Marne (77). Il comprend 159 lits et places : 142 lits d'EHPAD, 5 lits d'Unité d'Hébergement Temporaire Alzheimer (UHTA), un Centre d'Accueil de Jour Alzheimer (CAJA) de 12 places et une plateforme d'accompagnement et de répit à destination des aidants familiaux.

Au sein de l'Etablissement⁶, un tiers des entrées au sein de l'EHPAD est effectué après un séjour en Accueil de jour cumulé avec des séjours temporaires au sein de l'UHTA. L'entrée en institution a généralement lieu lorsque la personne malade ne peut plus rester à domicile ou suite à l'épuisement de l'aidant principal. Ce parcours peut en partie expliquer la répartition des différentes pathologies que l'on retrouve au sein de l'Etablissement.

Le dernier bilan PATHOS⁷ et la grille AGGIR⁸ de l'établissement datent de 2013. Ceux-ci font apparaître un Pathos Moyen Pondéré à 226 et un GIR Moyen Pondéré à 727. Ces données se trouvent dans la fourchette haute de la prise en charge des EHPAD au niveau national⁹. A noter que ces deux mesures ont particulièrement augmenté ces cinq dernières années. En effet, en 2009, le GMP et le PMP de l'établissement étaient de 178 et 710. Par ailleurs, l'âge moyen de l'établissement a également progressé, en effet celui-ci est de 85 ans aujourd'hui contre 82 ans en 2009.¹⁰ Cette évolution montre que l'établissement accueille de plus en plus une population dépendante avec un niveau de soins croissant. Ces données suivent l'évolution du contexte national. Au niveau de la répartition de la population de la structure selon les pathologies¹¹, le dernier PMP fait apparaître une majorité de résidents présentant une pathologie psychiatrique (92.37%). Ce taux est plus important que tous les autres domaines de pathologies. En parallèle, concernant la répartition des résidents de l'établissement selon leurs états pathologiques, 59.54% des résidents présentent des syndromes démentiels, 41.98% présentent des troubles du comportement et 10.69% sont sujets à des psychoses, délires ou hallucinations. Ces pourcentages montrent clairement que la prise en charge des troubles du comportement au sein de la structure est à prendre en considération au même titre que l'incontinence par exemple. (L'incontinence concerne 64.12% des résidents).

⁶ Rapport d'activité 2013 de l'Etablissement

⁷ www.parhtage.sante.fr Le Modèle PATHOS, partage et utilisation, 2005 : Le PATHOS est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées

⁸ CNSA, AGIRR en établissement, 2008 : La grille AGIRR représente une mesure du degré de perte d'autonomie des personnes âgées

⁹ Etude KPMG : Observatoire des EHPAD 2014

¹⁰ Projet d'établissement de l'établissement 2010-2014 et rapport d'activité 2013

¹¹ Coupe PATHOS 2013 de l'établissement

1.1.3/ Les perspectives à venir

Les évolutions nationales actuelles et à venir ont permis de constater trois grandes tendances : vieillissement de la population, accroissement de la dépendance et augmentation de la part des personnes âgées présentant des troubles des fonctions supérieures en institution. L'analyse de la population accueillie au sein l'Etablissement montre que ces trois tendances sont également vérifiées dans l'établissement. Face à ces évolutions actuelles des dernières années et les évolutions à venir, il est important de savoir comment les EHPAD, adaptent leur prise en charge à une population de plus en plus dépendante et particulièrement au niveau psychique. Cette adaptation concerne l'institution dans sa globalité que ce soit au niveau du personnel ou au niveau architectural. Elle touche également les pouvoirs publics, notamment concernant les moyens accordés aux établissements pour pouvoir adapter leur prise en charge mais aussi par rapport au maillage du territoire. De nombreux dispositifs ont été mis en place ces dernières années tels que le plan Alzheimer 2008-2012 ou les outils PATHOS et AGGIR pour prendre en compte le niveau de soin apporté dans le budget octroyé aux établissements.

1.2/ EHPAD : Rôles et limites dans l'accueil des personnes âgées

1.2.1/ La place des EHPAD dans le secteur sanitaire, social et médico-social

Un EHPAD est un établissement médico-social. Il doit donc comprendre à la fois une dimension médicale mais également une dimension sociale¹². Un EHPAD bénéficie donc d'équipements adaptés à la prise en charge médicale des résidents avec du personnel médical (médecin coordonnateur) et paramédical (cadres, infirmiers, aides-soignants), tout en étant un lieu de vie avec des prestations hôtelières (restauration, nettoyage des locaux) ainsi que des activités quotidiennes (animation). Un EHPAD se situe « entre » les structures de maintien à domicile tel que les Services de Soins Infirmiers A Domicile et l'Hôpital. Généralement, une entrée en EHPAD a lieu lorsque le maintien à domicile n'est plus possible pour la personne. L'EHPAD prend ensuite le relai en assurant une mission principale qui est le maintien de l'autonomie du résident. Cependant, la prise en charge médicale d'un EHPAD reste limitée avec, pour une grande partie des EHPAD, l'intervention de médecins de ville au sein de la structure comme si le médecin intervenait à domicile. Ainsi lors des phases aiguës, l'EHPAD doit passer le relai à des structures sanitaires médicales pour pouvoir soigner les résidents dans ce type de situation¹³. Puis, lorsque la pathologie de la personne est stabilisée, celle-ci retourne en EHPAD ou en Soins de Suite et de Réadaptations (SSR) si cela est nécessaire. L'organisation de la prise en charge

¹² Intervention Ingrid Lauvray Module 1, Septembre 2013

¹³ Info Santé N°4 Juin 2013

somatique des résidents est particulièrement claire et organisée au sein de l'établissement. Cependant, la prise en charge psychique des résidents est beaucoup moins linéaire. Malgré la création de différents dispositifs dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 que je présenterai plus en détail, la prise en charge des troubles du comportement en partenariat avec les différents acteurs du territoire reste complexe pour les EHPAD contrairement à la prise en charge somatique. Lors des phases aiguës, il n'existe pas de service d'urgence pour la prise en charge de ce type de pathologie. Il est moins évident de passer le relai à une autre structure. De plus, le soutien du corps médical reste généralement limité par des interventions ponctuelles et avec des compétences limitées dans la prise en charge de ces troubles. Les phases aiguës sont donc généralement traitées en interne avec des risques d'agression pour le personnel comme pour les autres résidents.

1.2.2/ Le rôle des EHPAD conformément à la loi du 2 Janvier 2002

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 définit et structure l'action sociale et médico-sociale destinée à promouvoir, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.¹⁴

La loi du 2 Janvier 2002 est parfaitement adaptée à la prise en charge des personnes présentant une dépendance physique. En effet, chaque axe¹⁵ et chaque outil¹⁶ a un sens dans le maintien de l'autonomie et dans le respect des droits et des libertés de la personne âgée. Cependant, dans le cadre des personnes âgées présentant une dépendance psychique, la mise en œuvre des axes et des outils de la loi du 2 Janvier 2002 est moins évidente. Il est en effet compliqué de présenter un contrat de séjour, un règlement de fonctionnement ou un livret d'accueil à une personne âgée présentant des troubles du comportement et étant dans une phase avancée de sa dépendance psychique. Il est également compliqué de recueillir ses attentes dans le cadre d'une instance comme le Conseil de la vie sociale ou de respecter tous ses droits tels que la liberté d'aller et venir lorsqu'il y a un risque de sortie à l'insu.

Au sein de l'établissement, on retrouve également toutes ces difficultés pour pouvoir appliquer la loi du 2 Janvier 2002 auprès des personnes présentant des troubles des fonctions supérieures. Des solutions intermédiaires ont donc été trouvées¹⁷. Par exemple, lorsque le résident est dans l'incapacité de signer un contrat de séjour, il devient un

¹⁴ Legifrance Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

¹⁵ Site kavarna.fr rubrique loi-2002-pour-le-social : la Loi 2002 s'articule autour de quatre grands axes : renforcer le droit des usagers ; l'élargissement des missions de l'action sociale ; mieux organiser et coordonner les différents acteurs du domaine médico-social et social ; améliorer la planification

¹⁶ Module 4 : Construire ou rénover les outils de la loi du 2 janvier 2002, intervention Jean Marc Lhuillier et Louise Baron, Janvier 2014. La loi 2002-2, a permis de mettre en place six outils utilisés par tous les EHPAD : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne Agée, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement et le conseil de la vie sociale.

¹⁷ Procédure interne d'admission de l'Etablissement, 2013.

Document Individuel de Prise en Charge. Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil sont alors transmis à la personne de confiance.

1.2.3/ Les limites du rôle des EHPAD

Il existe une dichotomie entre la prise en charge des personnes âgées présentant une dépendance physique et les personnes âgées présentant une dépendance psychique. L'organisation sanitaire, sociale et médico-sociale du territoire Français est explicite pour la prise en charge des personnes âgées présentant une dépendance physique contrairement à la prise en charge psychique. Même si de nouveaux dispositifs ont pu voir le jour avec le plan Alzheimer, les EHPAD restent démunis dans la coopération avec les acteurs du territoire, notamment dans la prise en charge des troubles du comportement pouvant générer un risque pour la personne elle-même et pour les autres résidents. Par ailleurs, l'intervention de médecins généralistes non spécialisés en gériatrie dans les EHPAD apporte une difficulté supplémentaire dans la prise en charge des personnes présentant une dépendance psychique¹⁸. Il peut être difficile de prendre une décision selon l'urgence et le type de situation rencontrée : ajuster le traitement médical, transférer la personne dans une unité géro-psychiatrique ou une UHR en fonction des places disponibles, faire appel à une équipe mobile de géro-psychiatrie,...

Ces difficultés se retrouvent également au sein de l'Etablissement. Le Médecin coordonnateur de l'établissement, l'explique dans le cadre de l'entretien que nous avons eu ensemble «Les difficultés rencontrées : de l'agressivité, des coups, des refus, des personnes souillées qui refusent qu'on les change, des personnes qu'on habille et qui se déshabillent continuellement. Lorsqu'un résident est en situation de crise aiguë, il est difficile de prendre la décision adéquate pour lui assurer une prise en charge liée à sa pathologie et en même temps mettre en sécurité le service ».

La loi du 2 Janvier 2002 met en lumière un rôle clair et précis de l'EHPAD dans la prise en charge d'une Personne Agée dépendante physiquement. Cependant, l'application de cette loi reste plus complexe pour les personnes âgées présentant des troubles du comportement. Il est donc généralement nécessaire d'adapter l'application des outils au profil des résidents. Au sein de l'établissement, la cadre supérieur de santé, m'a expliqué que le contrat de séjour devenait un Document Individuel de Prise en Charge lorsque le résident était dans l'incapacité de pouvoir le signer. Dans le cadre de la charte des droits et des libertés de la personne âgée¹⁹, la gestion des paradoxes reste également compliquée vis-à-vis d'une personne âgée présentant des troubles du comportement. Il est nécessaire d'arbitrer entre la liberté et la sécurité du résident au quotidien pour l'équipe soignante.

¹⁸ Rapport Verger, 2014, P22

¹⁹ Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance version 2007, Fondation Nationale de Gérontologie

1.3/ La réponse des pouvoirs publics face aux évolutions du public accueilli dans les EHPAD

1.3.1/ L'évolution des moyens financiers

Depuis la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les établissements médico-sociaux tels que les EHPAD sont soumis à autorisation et financements conjoints de la part de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Général dans le cadre d'une convention tripartite.

Ce mode de tarification a pour objectifs d'allouer aux établissements des moyens financiers en fonction du degré de dépendance des personnes accueillies, de limiter le reste à charge pour le résident et de développer la qualité de la prise en charge des établissements au travers d'objectifs fixés dans le cadre de la convention tripartite.

Ce mode de financement, avec un lien étroit entre la dépendance et le niveau de soins apportés par l'établissement, a permis d'accroître considérablement les ressources des EHPAD.

En Ille Et Vilaine²⁰, il y a eu une évolution croissante du budget des EHPAD entre 2003 et 2012. Le coût moyen des soins a progressé de 137%. Le coût moyen de la dépendance a lui évolué de 65% tandis que le coût moyen de l'hébergement a progressé de 27%. Ainsi, le coût moyen global des EHPAD en Ille et Vilaine a progressé de 59% en 10 ans. Cette tendance se vérifie également au sein de l'Etablissement.

La corrélation entre le niveau de dépendance et de soins dans le financement des EHPAD a permis d'apporter des moyens supplémentaires importants. Les ratios de personnel ont pu augmenter et la qualité de la prise en charge est au cœur des objectifs fixés par les autorités de tutelles aux EHPAD. Ce mode de financement est construit pour inciter les EHPAD à privilégier l'accueil de résidents ayant une dépendance importante sans forcément distinguer la dépendance psychique et physique. Le système de financement des EHPAD est donc construit sans distinction particulière entre ces deux types de prise en charge différents. La volonté des politiques publiques n'a pas été de spécialiser les prises en charge entre ces deux types de publics, mais plutôt de renforcer cette cohabitation avec un niveau de dépendance accru.

Malgré les moyens supplémentaires accordés depuis dix ans, la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement ainsi que la cohabitation entre les résidents présentant une dépendance physique et ceux présentant une dépendance psychique, restent difficiles à gérer au quotidien pour l'Etablissement. Selon l'étude des

²⁰ Module 1 : La tarification des EHPAD A Merland-Le Tallec, Septembre 2013

conditions de travail des salariés en EHPAD et en long séjour²¹, il existe une augmentation de la charge physique, de la pression temporelle, des conflits éthiques, ainsi qu'une baisse de la qualité du travail et une diminution du soutien social.

1.3.2/ Le plan Alzheimer 2008/2012

Le plan Alzheimer 2008-2012²² a été initié en 2007 et avait pour principale vocation d'améliorer la qualité de vie des malades et des aidants en améliorant le diagnostic, en soignant et en accompagnant mieux, en développant les aides et en accélérant la recherche sur la maladie d'Alzheimer ainsi que sur les maladies apparentées. Le montant des financements engagés pour la réalisation de ce plan s'élève à 1,6 milliard d'euros sur cinq ans.

Dans le cadre de ce plan, les pouvoirs publics ont souhaités mettre en place une organisation spécifique des soins et de la prise en charge pour la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés afin d'améliorer la qualité de vie des malades et des aidants.

Les mesures 16 et 17 du Plan Alzheimer concernent plus spécifiquement la prise en charge des personnes malades d'Alzheimer en institution.

La création de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) consiste à créer un lieu de vie dans les EHPAD destiné à accueillir dans la journée des résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement. Ce dispositif permet de proposer aux résidents des activités sociales et thérapeutiques adaptées reposant sur du personnel formé. Les Unités d'Hébergement renforcé (UHR) sont destinées à des personnes présentant des troubles du comportement importants. Il s'agit de petites unités assurant l'hébergement, les soins et les activités. Ce type d'unité doit en théorie accueillir les personnes dont la prise en charge n'est pas ou plus possible en EHPAD.

Une Unité Cognitive Comportementale (UCC) correspond à une unité d'hospitalisation rattachée à un Service de Soins et de Réadaptation (SSR) afin de prendre en charge et sur un temps limité des patients en situation de crise. Ce service permet de réaliser un bilan médical et propose une prise en charge adaptée pour réduire les troubles du comportement. L'objectif est ensuite de permettre le retour de la personne en EHPAD ou à son domicile.

Le plan Alzheimer dans sa configuration et dans sa mise en œuvre a permis d'apporter des solutions, dans la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement. Cependant, le manque de coordination sur les territoires, la méconnaissance des dispositifs et le manque de places restent encore des freins dans la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement.²³

²¹ Etude des conditions de travail des salariés en EHPAD et en long séjour. Services de santé au travail. 2011

²² <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>, 2008

²³ Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012 (sante.gouv.fr)

1.3.3/ Les évolutions à venir et opportunités

Face au vieillissement de la population, les pouvoirs publics souhaitent adapter toutes les politiques publiques au vieillissement au travers de la loi sur l'autonomie qui devrait être votée à la fin de l'année 2014²⁴. La priorité pour les pouvoirs publics est de favoriser le maintien au domicile des personnes vieillissantes par l'adaptation des logements à la transition démographique avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), grâce à des aides élargies, pouvant être couplées avec les aides à la rénovation énergétique, des microcrédits pour permettre aux personnes âgées à faibles revenus de financer leurs travaux d'adaptation et des crédits d'impôts. L'objectif du gouvernement est également de Développer l'offre de l'habitat intermédiaire ou regroupé avec notamment la modernisation des logements-foyers, appelés désormais « résidences autonomie » et la création d'un « forfait autonomie » pour financer des actions de prévention ou d'animation.

Les pouvoirs publics souhaitent également intégrer les problématiques du vieillissement aux programmes locaux d'habitat et aux plans de déplacement urbain pour les transports.

Au travers de ces projets, la cible reste plutôt la personne âgée présentant une dépendance physique. L'idée étant de privilégier le maintien au domicile le plus tard possible avec des aménagements ou des résidences autonomie moins coûteuses que les EHPAD. Du fait de l'évolution croissante de la proportion de personnes âgées présentant une dépendance psychique en EHPAD et le développement du maintien à domicile ou en foyer pour les personnes présentant une dépendance physique, il risque de ne plus y avoir de cohabitation entre ces deux types de publics dans les EHPAD. Les EHPAD devront donc se spécialiser uniquement dans la prise en charge des personnes présentant une dépendance psychique.

2 L'organisation de l'Etablissement dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement

2.1/ Une organisation institutionnelle privilégiant la mixité entre les différentes pathologies

2.1.1/ Des services organisés de manière uniforme

Comme j'ai pu l'expliquer dans la partie précédente, l'Etablissement est un EHPAD de 147 lits dont 142 lits d'EHPAD et 5 lits d'Hébergement Temporaire. Il comprend deux bâtiments :

²⁴ <http://www.social-sante.gouv.fr> Adaptation de la société au vieillissement - Projet de loi 2014

le bâtiment Leblond avec 114 lits répartis sur trois étages et le bâtiment Lambert avec 33 lits répartis sur deux étages.²⁵

Le bâtiment Leblond date de 1978. Il s'agit d'une construction dite « V120 » comprenant 3 étages identiques au niveau architecturale. Chaque service appelé Leblond 1, 2 ou 3, comprend 38 lits avec 12 Chambres individuelles et 13 chambres doubles. Un espace commun se trouve à chaque étage. Celui-ci sert de salle de restauration pour les repas, sauf les mardis et jeudis où les repas ont lieu en salle de restauration au Rez de Chaussée du Bâtiment.

Le service Lambert fait l'objet de quelques particularités. Tout d'abord, le bâtiment date de 1900 et même les travaux de restructuration réalisés ne permettent pas d'accueillir des résidents avec une dépendance trop importante. Ce service comprend 33 chambres individuelles.

L'EHPAD est organisé avec un médecin coordonnateur et une Cadre Supérieur de Santé afin de superviser les équipes de soins au quotidien. Chaque jour, de 7H00 à 19H00, il y a en moyenne 3 IDE pour tout l'EHPAD. Les IDE ont un rôle soignant mais également un rôle de chef de service. Chaque service à deux IDE référents.

Pour le bâtiment Leblond chaque Matin de 6h45 à 14h15, on retrouve dans un service 4 AS + 1 ASH en effectif optima ou 3 AS + 1 ASH en effectif minimum. En effectif minimum, l'ASH apporte une aide à la toilette pour certains résidents qui ont été sélectionnés en équipe pluridisciplinaire. L'après-midi de 13H45 à 21h45, l'organisation de chaque service du bâtiment Leblond comprend 2 AS + 1 ASH.

Le service de nuit comprend 10 AS. Chaque nuit, on retrouve 1 AS par service, donc 4 au total pour l'EHPAD, de 21H00 à 7H00.

Le service Lambert, du fait de sa particularité et du public accueilli, a une dotation moindre au niveau des effectifs.

Les services de soins ont été organisés selon une planification des tâches établie. Cette planification reprend les tâches à effectuer dans la journée avec les délais impartis pour chaque catégorie professionnelle. Cette organisation uniforme, pour chaque service, est complètement axée sur les soins Infirmiers ou de nursing. La prise en charge des troubles du comportement ne rentre pas en ligne de compte alors que la population de l'EHPAD présente en grande majorité une dépendance psychique. Chaque service du bâtiment Leblond regroupe également le même nombre de professionnels, avec le même type de formation. Il n'y a pas de spécificité selon les services.

L'organisation institutionnelle de l'Etablissement ne prend pas en compte les spécificités liées à la prise en charge des troubles du comportement que ce soit au niveau des effectifs ou de l'organisation des soins. Dans chaque service, on retrouve des résidents qui attendent dans leur chambre ou dans la salle commune. On retrouve également des résidents qui

²⁵ Livret d'accueil de l'Etablissement, 2013

déambulent. Ces attentes ou déambulations génèrent des difficultés de prise en charge pour les équipes comme l'explique l'IDE « Les AS qui sont dans les soins ne peuvent pas se focaliser sur une activité particulière car elles sont dans les soins. De plus, dans le cadre des soins, elles sont obligées d'effectuer les soins et de surveiller les résidents qui ont des troubles du comportement ». Il peut également y avoir des résidents qui perturbent le service, comme l'explique la cadre supérieur de santé «La difficulté vient principalement de la présence de déments perturbateurs dans les services et des difficultés de cohabitation dans les chambres doubles même si les personnes n'ont pas de troubles des fonctions supérieures. Quand un résident commence à « s'énerver », c'est l'ensemble du service qui s'agite (promiscuité car espaces de vie trop petits) ». Les services de soins ne proposent pas ou peu d'activités adaptés aux résidents présentant des troubles du comportement. L'Etablissement est également doté d'une équipe de trois animateurs. L'organisation de cette équipe est axée sur la proposition d'animations uniques et non spécifiques selon la pathologie des résidents. L'animateur de l'établissement, explique : « Gérer un groupe, c'est gérer des individualités et comme dans tout groupe, il y a des individualités intolérantes. Il faut donc savoir tempérer des personnes gênantes. Il faut pouvoir solliciter tout le monde et ne mettre personne de côté. Il ne faut pas faire de différence. ». Dans le cadre des animations proposées, il n'y a pas de différenciation des types de public. En effet, l'équipe ne propose pas des animations, ateliers ou activités spécifiques aux personnes présentant des troubles du comportement.

2.1.2/ Une cohabitation entre les personnes âgées présentant des pathologies différentes

Comme dans de nombreux EHPAD, les services de l'Etablissement ne tiennent pas compte de la pathologie des résidents accueillis dans l'organisation de ses services. On retrouve donc dans chaque service une cohabitation entre les résidents présentant une dépendance physique et les résidents présentant une dépendance psychique. Comme l'explique la cadre supérieur de santé : « Les pathologies que l'on rencontre le plus en proportion : 70% des personnes rencontrent des troubles des fonctions supérieures (syndrome démentiel diagnostiqué ou pas) et 30% ont des pathologies cardio-vasculaires (poly pathologies mais ce qui revient le plus souvent sont les maladies cardio-vasculaires, la dépendance est donc physique). Cependant, toutes les personnes démentes sont « mélangées » dans les services. »

Cette organisation est complexe à gérer au quotidien notamment avec une majorité de lits en chambre double. On retrouve généralement dans chaque service deux groupes qui ne se côtoient pas ou très peu. Comme évoqué lors d'un entretien avec 2 ASH : « Entre les résidents, ce n'est pas facile à dire, des fois c'est chaud. Ils peuvent se chamailler comme des enfants mais ce n'est pas souvent. Les résidents qui n'ont pas de troubles ne

s'entendent pas beaucoup avec les résidents qui ont des troubles. Mme M prend Mme P pour son mari. Les résidents qui ont leur tête, parlent de ceux qui n'ont pas toute leur tête en disant « regarde-moi celle-là... » ».

Chaque groupe vit « séparément », que ce soit au niveau des repas ou dans la vie quotidienne. Il arrive qu'il puisse y avoir des tensions entre ces deux groupes, pouvant mener à des agressions physiques ou verbales. On retrouve en général un rejet des résidents dépendants physiquement vis-à-vis des résidents présentant des troubles du comportement. Par ailleurs, les résidents présentant des troubles du comportement vont ressentir ce rejet et ces tensions, ce qui accroît encore plus leurs troubles. Dans chaque service de l'Etablissement, les résidents présentant des troubles du comportement peuvent rentrer dans d'autres chambres, fouiller dans les affaires des autres, s'allonger dans le lit d'un autre résident ou bien interpellé un autre résident. Toutes ces différentes situations constatées par des événements indésirables provoquent de la tension dans le service entre les résidents mais également avec les proches. La cadre supérieur de santé explique qu'au mois de Mai 2014, il y a eu une agression entre deux résidentes. L'une des résidentes était rentrée dans la chambre de l'autre résidente. Il y a ensuite eu une altercation entre les deux. La résidente dépendante physiquement s'est retrouvée avec des hématomes importants. La famille de cette résidente a déposé une réclamation à l'ARS concernant cet incident.

Avec des résidents présentant de plus en plus de troubles du comportement au sein de l'établissement, la cohabitation entre ces deux publics devient difficile à gérer pour les soignants et pour l'encadrement. La cohabitation entre ces deux publics devient d'autant plus difficile qu'il n'y a pas d'activités adaptées proposées aux résidents ayant des troubles. Le fait qu'ils ne soient pas occupés accentue les risques d'incident et de tensions. Face aux difficultés de cette cohabitation, les équipes de soins se trouvent démunies et la tension qui peut régner dans un service peut les affecter dans leurs pratiques.

Par ailleurs, la méconnaissance de la maladie d'Alzheimer ou apparentée de la part des résidents et des familles ne facilite pas les choses. En effet, comme j'ai pu l'analyser dans un entretien avec une famille et avec un résident, il est difficile pour eux de comprendre pourquoi un résident mange avec les mains, ou va se mettre à hurler dans le couloir, ...

Ces éléments nous montrent que la cohabitation en EHPAD entre ces deux types de public n'est plus possible. En effet, la distinction de ces deux groupes relevée par tous les professionnels interrogés, le cloisonnement dans chaque service, les difficultés pour vivre ensemble ainsi que les difficultés pour les soignants d'entretenir cette cohabitation au quotidien permettent de mettre en évidence la nécessité de séparer ces deux types de prise en charge dans l'avenir.

2.1.3/ Un projet d'établissement orienté vers la standardisation

Selon l'article L 311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, chaque établissement médico-social, doit élaborer un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs notamment en matière de coordination, de coopération ou d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que des modalités d'organisation et de fonctionnement. Le projet d'établissement suit généralement la convention tripartite qui est renouvelée tous les cinq ans. Le projet d'établissement est un outil central dans la prise en charge d'un établissement. Il détermine les valeurs, les objectifs et les moyens permettant de les mettre en œuvre²⁶. L'Etablissement possède un projet d'établissement 2010- 2014²⁷. Nous sommes donc en fin de projet d'établissement, ce qui permet notamment de faire une première évaluation du projet. Dans le cadre du projet de soins on retrouve globalement une volonté d'amélioration de la prise en charge somatique des résidents et de manière standardisée. Celui-ci reprend notamment : le circuit du médicament, les outils de la qualité des soins (planification des tâches, protocoles, etc), nutrition/hydratation, incontinence, douleur, escarres, contention, chutes, fin de vie et vaccinations/infections nosocomiales. Le projet d'établissement est plutôt axé vers une standardisation des outils par service au travers de protocoles, procédures et de démarches de soins pour une meilleur prise en charge somatique des résidents. Le projet d'établissement 2010-2014 est peu axé vers la prise en charge des troubles du comportement au sein de l'établissement. Celui-ci reprend tout de même mais de façon secondaire et limitée la prise en charge des troubles du comportement avec pour actions principales, le conventionnement avec l'hôpital psychiatrique du secteur ainsi que la réalisation d'un bilan cognitif par la psychologue de l'établissement lors de l'entrée dans l'institution. Celui-ci n'est pas assez axé vers une prise en charge individualisée des résidents présentant des troubles du comportement. Il n'est également pas assez accentué vers l'élaboration d'outils ou de formations permettant au personnel de mieux appréhender et prendre en charge les résidents présentant des troubles du comportement. Le personnel notamment ASH parle de « tête perdue », sans forcément savoir ou connaître à quoi correspond la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Ce manque d'outils et cette méconnaissance génère un risque de maltraitance dans la prise en charge du personnel. Le Projet d'Etablissement comprend également un volet « la bientraitance et la maltraitance » mais celui-ci est axé vers la négligence dans l'apport des soins et non sur le comportement ou la réaction que pourrait avoir le personnel face à une personne présentant des troubles du comportement. Pour résumer, le projet d'établissement est trop axé vers les soins et pas assez vers la prise en charge des personnes présentant des troubles du comportement, d'autant plus que l'accueil de ce type de public est en augmentation croissante au sein de l'établissement.

²⁶ Module 4 : Construire ou rénover les outils de la loi du 2 janvier 2002 Intervention Louise BARON, Janvier 2014

²⁷ Projet d'établissement de la structure 2010-2014

2.2/ Une organisation des soins ne comportant pas de spécificités dans la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement

2.2.1/ Accueil et Admission

L'accueil et l'admission en Institution sont des moments très importants pour le résident, ces proches et pour l'établissement. Pour le résident c'est un changement de lieu de vie avec de nouvelles habitudes et une cohabitation avec d'autres résidents. Pour les proches, il y a généralement un sentiment d'abandon et de culpabilité. Pour l'établissement, il s'agit d'un nouveau résident avec une prise en charge spécifique²⁸. Au sein de l'Etablissement, le processus d'admission et d'accueil est établi de manière uniformisé.²⁹ La demande d'admission est effectuée depuis le 1er juin 2012 selon un modèle unique de dossier pour tous les EHPAD. A la réception du dossier, celui-ci passe en commission d'admission composée de la direction, du médecin coordonnateur et de la cadre supérieur de santé afin de vérifier si la prise en charge de l'établissement correspond à l'état de santé du futur résident. Suite à l'avis de la commission, il est organisé une visite de pré admission. Lors de celle-ci on retrouve : le futur résident, sa famille, ses aidants ou proches, le médecin coordonnateur et le cadre supérieur de santé ou l'IDE de l'unité. Lors de cet entretien, il est demandé les motifs de la demande d'entrée en EHPAD et le ressenti du futur résident par rapport à cette éventualité. Il est également fait un recueil des données médicales, évaluation gériatrique, élaboration d'une synthèse par le médecin coordonnateur ainsi qu'un recueil des attentes de la personne âgée. Le renseignement de ce recueil de données est élaboré en vue de la construction du projet de vie du résident. A la fin de l'entretien, le médecin coordonnateur propose une orientation adaptée et recherche l'accord ou un assentiment du résident et l'adhésion de la famille.

Quarante-huit heures avant l'entrée du résident en institution, une présentation aux équipes du futur résident est réalisée selon les éléments recueillis lors de la visite de préadmission par le cadre supérieur de santé ou l'IDE présente à la visite. L'IDE référente du service compose le dossier du résident.

Lors de l'entrée, la personne âgée et son entourage sont reçus au sein de l'unité de vie par l'IDE référente du service. Celui-ci accompagne le résident dans la chambre, tout en essayant d'établir un premier contact. Il indique le numéro de la chambre, le nom du bâtiment et du service.

L'organisation de l'établissement concernant l'admission est plutôt complète et bien planifiée. Il manque cependant un lien plus important entre le médecin coordonnateur, qui sélectionne les dossiers et qui mène chaque visite de préadmission, avec les services. Ce lien est pourtant essentiel car c'est le médecin coordonnateur qui établit le recueil de données en

²⁸ Module 6 : Préparer l'entrée en EHPAD des personnes âgées, Mai 2014

²⁹ Procédure interne d'admission de l'établissement, 2013

vue de l'élaboration du projet de vie personnalisé. Il est également difficile de présenter à l'ensemble de l'équipe le dossier du futur résident du fait des différents roulements AS, ASH, IDE et animateurs.

L'accueil n'est, à mon sens, pas adapté aux personnes présentant des troubles du comportement car il manque un travail de préparation à l'intégration du résident. L'accueil n'est pas assez préparé en fonction des troubles de la personne. De plus, la famille ou les proches ne sont également pas assez sollicités en amont dans la préparation de l'entrée en institution, notamment dans l'aménagement de la chambre. Par ailleurs, les autres résidents du service ne sont pas informés en amont de l'arrivée d'un nouveau résident. Ce manque de préparation ne facilite pas l'intégration d'un résident présentant des troubles du comportement. Selon l'ANESM³⁰, il est nécessaire de renforcer l'importance de la préparation à l'entrée et de la période d'accueil pour accueillir au mieux la personne dans son nouveau lieu de vie.

L'absence de repères due au changement peut provoquer de l'agressivité, de l'angoisse et de l'anxiété chez le résident, ce qui ne facilite pas la prise en charge des soignants et ce qui accroît le risque de maltraitance ou d'agression entre résidents.

2.2.2/ L'organisation paramédicale autour de l'usager

Comme cela a été évoqué au début de la deuxième partie, les services de soins de l'Etablissement sont organisés de manière uniforme pour les trois services principaux de l'EHPAD (bâtiment Leblond) avec un nombre équivalent d'IDE, AS et ASH. La prise en charge paramédicale est organisée autour du dossier de soin de chaque résident. Dans ce dossier, il est noté les différents éléments de la prise en charge (courbe de poids, etc), ainsi que les différents événements liés au résident (hospitalisation, altercation avec un autre résident, etc). Le dossier de soin reprend également l'ensemble des transmissions concernant le résident. Ce dossier permet de retracer l'ensemble de la prise en charge apportée au quotidien par les équipes. Celui-ci doit également en théorie être accompagné d'un projet de vie personnalisé par résident. Le projet de vie personnalisé³¹, correspond à la mise en place de la personnalisation de l'accompagnement et des prestations. Il permet notamment aux équipes de recueillir les habitudes de vie, les besoins et les aspirations des résidents. Ce recueil porte sur sa vie passée, ses goûts, son bilan médical, fonctionnel et psychique, son évolution au sein de l'Etablissement. Le Projet de vie permet également de fixer des objectifs de prise en charge avec des indicateurs à évaluer. En théorie, le Projet de vie doit être analysé et révisé si besoin, tous les 6 mois. En résumé, le projet de vie est un outil permettant aux professionnels de prendre de la hauteur afin d'apporter une prise en charge adaptée à chaque résident. Au sein de l'établissement, le projet de vie est vécu par

³⁰ ANESM qualité de vie en EHPAD volet 1, 2010

³¹ ANESM qualité de vie en EHPAD volet 1, 2010

les équipes comme une contrainte et non comme une plus-value, seulement la moitié des résidents de l'EHPAD ont un projet de vie. Ceux-ci ne sont pas révisés ni utilisés au quotidien. Il n'y a également pas d'objectifs fixés avec des indicateurs à évaluer, ce qui ne permet pas de suivre l'évolution du résident au sein de l'établissement. Selon la cadre supérieur de santé « Le Projet de vie est évalué et révisé régulièrement au travers des transmissions dans le dossier de soin, il faut cependant que l'on formalise mieux notre document d'évaluation pour qu'on retrouve ce qui est en rapport avec les objectifs initiaux du PVP ».

Pourtant, dans le cadre de la prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement, ce recueil de leurs habitudes est essentiel pour leur apporter une prise en charge en concordance avec leurs besoins. Le projet de vie permet de comprendre pourquoi un résident présente un trouble spécifique, notamment en reprenant le passé du résident au travers de sa vie de famille ou de son ancien métier. La prise en charge quotidienne de l'établissement au travers du dossier de soin ne suffit pas. Il est nécessaire pour les équipes de prendre de la hauteur au travers du projet de vie afin de mieux comprendre les troubles du comportement des résidents et de leur apporter une prise en charge adaptée.

2.2.3/ La place et le rôle des médecins au sein de la structure

Comme cela a été évoqué dans la première partie, l'établissement dispose d'un médecin coordonnateur, qui assure la coordination médicale au sein de l'établissement. Sa fonction est exclusivement administrative et non clinique (sauf en cas d'urgence). Le suivi médical des résidents de l'EHPAD est assuré par des médecins généralistes librement choisis par le résident ou sa famille. Au sein de la structure il s'agit d'une quinzaine de médecins traitants généralistes. Ceux-ci doivent en théorie signer un contrat mentionné à l'article R313-30-1 du Code de l'action sociale et des familles. La permanence des soins est assurée le week-end et en semaine en dehors des heures ouvrées des médecins traitants par le centre 15.

Chaque année, il est organisé deux Commissions de coordination gériatrique (CCG) au sein de l'établissement conformément à l'arrêté du 05 septembre 2011 relatif à la CCG.

Malgré cette instance et la présence d'un médecin coordonnateur, l'établissement a de grandes difficultés à mobiliser les médecins traitants libéraux. Il est généralement difficile de les faire intervenir au sein de l'EHPAD car ceux-ci se déplacent de moins en moins du fait de la démographie médicale. Aucun médecin intervenant dans l'établissement n'a souhaité signer le contrat régissant leur intervention dans la structure. Par ailleurs, seulement deux médecins traitants en moyenne participent à la CCG. Dans le cadre de mon entretien avec le médecin coordonnateur, j'ai pu constater que ces paramètres rendaient difficile la mobilisation des professionnels médicaux afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement ou de promouvoir les bonnes pratiques gériatriques. De plus, les médecins libéraux n'ont généralement pas de spécialité en

gériatrie, ce qui complique la prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement. Ce manque d'implication de la part des médecins cumulé à une formation non spécialisée en gériatrie, ne facilite pas la prise en charge des troubles du comportement par les équipes de soins. Lors des phases aiguës, le médecin traitant n'est pas forcément réactif et n'a pas forcément de solutions adéquates liées aux troubles, les équipes de soins doivent donc généralement fonctionner en autonomie avec le Cadre Supérieur de Santé et le médecin coordonnateur afin d'assurer une prise en charge adaptée.

2.3/ Une configuration architecturale hospitalière

2.3.1/ La transformation de l'Établissement en EHPAD, des locaux non adaptés à la prise en charge des troubles du comportement

La structure est issue de la transformation d'un Hôpital local en EHPAD. En 2009, par délibération de son Conseil d'Administration, les orientations de l'établissement ont été exclusivement orientées vers des activités médico-sociales. Le bâtiment Leblond qui regroupe 114 lits d'EHPAD est une structure type V120 qui a été construite en 1978. L'architecture de l'époque a été conçue pour un hôpital et non un EHPAD. Ce bâtiment a ensuite été reconverti en EHPAD. En termes d'architecture, l'établissement cumule deux grandes difficultés :

- Une configuration hospitalière pour un EHPAD avec toutes les différences que cela engendre
- Une configuration datant des années 70 avec les besoins de l'époque, ne correspondant pas forcément aux besoins d'aujourd'hui.

Une des particularités de l'établissement, comme de nombreux EHPAD, est qu'il comprend une majorité de lits en chambres doubles. Cette particularité architecturale complique la prise en charge des soignants pour les résidents présentant des troubles du comportement. Il faut notamment trouver des résidents pouvant cohabiter dans la même chambre ce qui n'est pas forcément évident. Il faut également que la famille soit en accord avec ce choix. La cohabitation dans une même chambre peut également devenir difficile avec l'accentuation des troubles du comportement d'un résident liée à l'évolution de sa maladie. La présence d'une majorité de chambres doubles représente un réel frein à une prise en charge de qualité des résidents par les équipes de soins. La cohabitation peut en effet générer de l'agressivité et accentuer les troubles du comportement des résidents. Selon la cadre supérieur de santé « Nous avons également beaucoup de chambres doubles, ce qui est dérangeant pour placer des binômes (du fait des 70% des personnes qui ont des troubles des fonctions supérieures, la cohabitation est très difficile). »

Le bâtiment V120 comprend également deux ailes et un espace commun pour les repas. L'architecture avec deux ailes permet de favoriser la déambulation pour les résidents

présentant des troubles du comportement, cependant elles constituent un frein pour la surveillance des soignants, notamment dans les moments de pause ou l'après-midi lorsque les effectifs sont moins importants. C'est généralement à ces moments que l'on peut avoir des agressions entre résidents selon les statistiques des événements indésirables au sein de l'établissement.

L'espace commun est quant à lui trop petit. Comme évoqué lors de l'entretien avec l'IDE « Vu que c'est un ancien hôpital, les locaux sont très restreints, notamment les parties communes très étriquées. De plus, ces parties servant également de salle à manger, il y a beaucoup de meubles et cela pose de gros problèmes. Il n'y a pas de salle où les résidents peuvent déambuler en toute sécurité ». Lors des repas, la promiscuité entre les résidents génèrent des conflits et des tensions. Il est également difficile pour les soignants d'établir un plan des tables selon les troubles de chaque résident. Par exemple, une résidente ne supportait pas de manger à côté d'un homme ou un autre résident ne souhaitait pas manger avec d'autres résidents.

Au sein de ce bâtiment les portes des chambres sont équipées de serrures à loquets extérieures. Ce dispositif ne permet pas de sécuriser l'espace privatif des résidents. Il peut donc arriver que les résidents présentant des troubles puissent entrer dans la chambre d'autres résidents. Selon l'IDE « L'architecture des locaux n'est pas très adaptée, ils rentrent dans les chambres des uns et des autres ce qui pose parfois de gros soucis. ». Ces situations peuvent provoquer des agressions entre résidents et rendent la cohabitation difficile dans les services. L'entrée dans l'espace privatif, peut être considérée comme une violation de l'intimité de la personne³², selon l'ANESM, « Il faut garantir matériellement l'absence d'intrusion volontaire dans le logement sans le consentement du résident ». De plus, il arrive que certains résidents fouillent dans les affaires d'un autre résident ou qu'ils se couchent dans un lit qui n'est pas le leur. Toutes ces situations sont à gérer au quotidien pour les soignants que ce soit par rapport aux résidents mais également par rapport aux familles qui font remonter ces difficultés aux équipes en exprimant leur mécontentement.

Dans le dernier rapport d'audit de l'AFNOR³³ effectué au sein de l'établissement, l'auditeur a relevé le fait que les locaux de chaque service destinés aux professionnels n'étaient pas en majorité munis de codes, de plus, lorsqu'une porte était munie d'un code, celle-ci était maintenue ouverte par une chaise ou une corde. L'auditeur a donc constaté un risque important d'entrée dans ces locaux par des résidents présentant des troubles du comportement. D'autant plus qu'il peut y avoir des objets ou des produits dangereux.

Ces contraintes architecturales liées à l'ancienneté et à l'ancienne activité du bâtiment génèrent des difficultés importantes de prise en charge pour les équipes soignantes. Le principal obstacle selon la cadre supérieur de santé reste les chambres doubles.

³² ANESM, qualité de vie en EHPAD volet 2, 2011

³³ Audit NF Service AFNOR du 1^{er} Avril 2014 au sein de l'Etablissement

L'établissement est d'ailleurs en train de déposer un projet de reconstruction auprès de l'ARS.

2.3.2/ Un arbitrage difficile entre liberté et sécurité

Selon l'HAS³⁴, «la liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Dans une démocratie qui assure à ses citoyens les droits fondamentaux des personnes tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit », par ailleurs selon l'ANESM³⁵, « Le droit à la sécurité reconnu à l'article 7 de la chartre des droits et des libertés de la personne accueillie ainsi qu'à l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles, est au même titre que la liberté d'aller et venir un droit fondamental, particulièrement important au regard de la fragilité des personnes accueillies ».

Au sein de l'établissement, les résidents peuvent aller et venir à leur guise au sein de la structure mais aussi à l'extérieur. Dans chaque service on retrouve plusieurs issues : les 2 issues de secours, l'escalier et les 2 ascenseurs. Aucune issue n'est fermée au sein de l'établissement, hormis l'accès au sous-sol. La liberté d'aller et venir au sein de la structure est donc respectée. Cependant, en terme de sécurité, il arrive qu'il puisse y avoir des sorties à l'insu. En effet, le fait que les projets de vie personnalisés au sein de l'établissement ne soient pas encore développés ne permet pas au personnel d'avoir une réflexion pluridisciplinaire afin d'arbitrer entre la liberté et la sécurité pour chaque résident. La surveillance n'est donc pas forcément accrue pour les résidents à risque présentant des troubles du comportement. Par ailleurs, le risque de sortie à l'insu n'est pas forcément bien identifié lors de l'accueil et l'admission du résident au sein de l'établissement. Compte tenu du fait que le nouveau résident n'a pas encore de repère dans l'établissement lors de son entrée en EHPAD, le risque de sortie à l'insu peut être plus important. Selon l'entretien avec la psychologue « Dans l'établissement, il est difficile de garantir la sécurité des personnes, certains résidents peuvent présenter des risques d'errance et il arrive qu'il y ait des sorties à l'insu. »

Dans le cadre des classeurs qualité regroupant les procédures et protocoles de l'établissement, je n'ai pas trouvé de procédure relative à la gestion des sorties à l'insu. Ce manque d'organisation de l'équipe soignante face à ce risque peut notamment générer un stress face à ce type de situation.

Au niveau architectural, au sein du bâtiment Leblond, il n'existe pas de dispositif matériel permettant d'assurer la liberté d'aller et venir tout en garantissant la sécurité des résidents présentant des troubles du comportement. En effet, les professionnels ne sont pas informés de manière sonore, si un résident quitte le service par chacune des issues possibles. Aucune porte d'entrée ou de sortie du service n'est fermée, ni même munie d'un code. Ces

³⁴ HAS conférence de consensus liberté d'aller et venir dans les établissements médico-sociaux. 2004

³⁵ ANESM qualité de vie en EHPAD volet 2, 2011

nombreuses issues ouvertes et le manque d'outils permettant de surveiller les flux dans le service, mettent en difficulté les professionnels en matière de surveillance. En effet, les professionnels dans le cadre de leurs tâches quotidiennes, ne peuvent pas surveiller constamment cinq issues différentes.

Au sein du Pavillon Lambert, il existe un dispositif de suivi technologique des allers et venues. Ce dispositif est notamment utilisé pour les résidents effectuant un séjour temporaire en EHPAD. Cependant ce dispositif n'est pas forcément efficace. En effet, dans le cadre du recueil des évènements indésirables, nous avons pu constater qu'il y avait en moyenne une sortie à l'insu tous les 2 mois et que ces sorties concernaient majoritairement les nouveaux arrivants et les séjours temporaires.

En résumé, nous pouvons constater que l'établissement assure la liberté d'aller et venir. Cependant, l'établissement compte trop d'issues par service et n'est pas doté d'équipements technologiques pour le contrôle des flux. La sécurité n'est donc pas forcément assurée en matière de risque de sortie à l'insu. Par ailleurs, le manque d'organisation du personnel dans l'identification des résidents à risque, notamment lors de l'admission au sein de l'établissement, amplifie le risque de sortie à l'insu.

3 Les solutions pouvant être mises en œuvre afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement

3.1/ Une organisation institutionnelle privilégiant la spécialisation de la prise en charge

3.1.1/ Un projet d'établissement distinguant la prise en charge des différentes pathologies

Comme évoqué dans la deuxième partie, le projet d'établissement définit le cadre de référence de l'action des professionnels, du projet de vie et du projet de soin au sein de la structure. Il définit les missions, les orientations, les valeurs sur lesquelles les professionnels vont s'appuyer dans leur action quotidienne auprès des résidents de l'établissement. Au-delà des responsabilités juridiques et financières, des contraintes et des obligations légales, la direction a également une responsabilité morale à l'égard des personnes accueillies et de leurs proches.

Le projet d'établissement est encadré par la loi du 2 janvier 2002, réformant l'action sociale et médico-sociale qui renforce les droits des usagers.

Je pense qu'il est indispensable de se servir de cet outil afin de mieux adapter la prise en charge de l'établissement vis-à-vis des personnes présentant des troubles du comportement. Dans le cadre de cet objectif, il faut construire le projet autour de la distinction des différentes

pathologies notamment en deux grands groupes : Dépendance Physique et dépendance psychique.

La méthodologie :

La révision du projet d'établissement peut être effectuée en revoyant de manière globale le projet d'établissement ou en apportant un avenant au projet d'établissement. Celui-ci devra prendre en compte les 4 axes de l'évaluation interne³⁶ :

- La promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale ;
- La personnalisation de l'accompagnement ;
- La garantie des droits et la personnalisation des usagers ;
- La protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers

Il est également primordial que le projet d'établissement soit élaboré en concertation avec les acteurs de l'établissement tel que :

- Le Conseil d'Administration de l'établissement qui détermine les politiques, les objectifs et missions de l'établissement ;
- Les résidents qui expriment ce qu'ils perçoivent et ce qu'ils souhaitent notamment au travers du CVS ;
- Les membres du personnel, acteurs déterminant dans la réalisation du projet parce qu'ils ont à l'appliquer et à le faire vivre sur le terrain ;
- Les intervenants extérieurs : médecins, kinésithérapeutes, ...
- Les autorités de tutelles qui vérifient la mission et le conventionnement de l'établissement.

Le projet d'établissement doit également être mis en œuvre suite à une prise de recul objective sur les pratiques de l'établissement comme ce mémoire de recherche ou une enquête de satisfaction des usagers ou l'évaluation interne et externe. Cette analyse permet de mettre en évidence auprès des équipes les manques de l'établissement et les besoins des usagers. Un comité de pilotage est ensuite désigné pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement. L'application du projet d'établissement au quotidien doit être formalisée par un plan d'actions sur cinq ans avec un réexamen annuel.³⁷

Le contenu :

Le projet d'établissement comprend différents volets : Projet de soins, Hôtellerie, Institutionnel, Vie Sociale, Ressources Humaines et Architectural. Chacun de ces différents volets devra tenir compte des deux grands types de dépendance au sein de l'établissement en mettant particulièrement l'accent sur la prise en charge des troubles du comportement.

Ainsi, un projet d'établissement avec en axe principal une distinction de la prise en charge entre les résidents présentant une dépendance physique et les résidents présentant une dépendance psychique peut être une réponse à l'adaptation de la prise en charge des

³⁶ Circulaire du 21 Octobre 2011 concernant l'évaluation externe

³⁷ Module 4 : Construire ou rénover les outils de la loi du 2 janvier 2002 Intervention Louise BARON, Janvier 2014

résidents présentant des troubles du comportement. Cependant, la méthodologie doit être bien respectée en impliquant notamment les acteurs afin que le projet d'établissement soit appliqué de manière effective au sein de l'établissement.

3.1.2/ Une spécialisation des services de l'établissement

La cohabitation entre les résidents présentant une dépendance physique et les résidents présentant une dépendance psychique a été particulièrement mise en avant lors des entretiens réalisés auprès des professionnels. L'organisation des quatre services de l'établissement comprend cette cohabitation dans tous les services. La difficulté est amplifiée avec la présence d'une majorité de chambres doubles au sein de l'établissement. Je pense qu'une spécialisation des services peut être envisagée en prenant notamment en compte le type de dépendance du résident. En effet, une unité spécialisée type Unité Protégée ou Unité d'Hébergement Renforcée peuvent être envisagées dans la structure au travers du projet d'établissement eu égard à la composition des résidents de l'EHPAD. Si la création de ce dispositif ne peut être financée par les autorités de tutelles du secteur, il est alors nécessaire d'établir un partenariat avec les UHR du secteur afin de pouvoir réorienter les résidents de l'établissement présentant une démence de type perturbatrice.

L'unité spécialisée hébergera des résidents atteints de démences avec des troubles du comportement les plus sévères tel que l'agressivité. Cette unité sera plus petite qu'un service traditionnel d'EHPAD avec maximum 14 résidents.

Les objectifs de cette unité seront de :

- Faciliter l'orientation spatiale : signalétique adaptée, pictogrammes,
- Maintenir les repères vis-à-vis des autres personnes : badges, tenues de couleur.
- Favoriser le maintien de l'autonomie
- Faciliter l'instant repas en Adaptant la vaisselle en fonction de l'autonomie
- Prévenir les symptômes aggravants : Prévenir le repli sur soi, l'agressivité, l'agitation
- Etre à l'écoute, transmettre les différentes attitudes,
- Aborder chaque personne avec respect, annoncer les actes effectués, ...
- Favoriser les formations spécifiques : mettre en place le toucher relationnel et les techniques de réorientation
- veiller à une nutrition adaptée pour éviter la dénutrition qui peut influencer sur l'évolution de la maladie
- Veiller à une bonne hydratation car elle influe sur les manifestations comportementales
- Permettre des instants de repos : Privilégier une ambiance apaisante (musique douce, attitude calme des soignants).

Ces objectifs et la mise en œuvre des modalités d'accompagnement et de soins appropriés concernant les résidents présentant des troubles du comportement seront réalisés par l'équipe soignante en :

- Intégrant la personne accueillie dans l'unité en ayant pris soin de respecter ses habitudes et de lui permettre de conserver ses repères.
- Répondant au plus près aux besoins de la personne âgée, selon son degré d'autonomie et sa capacité à y répondre
- Elaborant et en évaluant les projets de vie et de soins personnalisés lors des réunions de synthèse pluridisciplinaires.
- Elaborant le projet de vie personnalisé en concertation avec la personne âgée, sa famille, l'équipe, le cadre supérieur de santé et le médecin coordonnateur.

Je pense qu'il peut également être envisagé dans le cadre du projet d'établissement, la création d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés de douze ou quatorze places au sein de l'établissement. En effet, l'ARS incite les établissements à réaliser ce dispositif au sein des EHPAD. Chaque projet de création de PASA est aujourd'hui accepté en Ile de France. Celui-ci est financé à hauteur de 90 000€ pour un PASA de 14 places ouvert six jours sur sept.

Cette structure permettrait d'accueillir pour la journée, les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux. Cette structure serait à la fois bénéfique pour l'EHPAD avec moins de résidents présentant des troubles du comportement dans les services pendant la journée mais également pour les résidents du fait des activités proposées.

Le PASA aura pour objectifs³⁸ :

- D'apporter un accompagnement à effet thérapeutique en proposant des activités adaptées
- Proposer un accompagnement personnalisé de vie et de soins au travers du projet de vie thérapeutique

Ainsi, la spécialisation de certains services avec du personnel spécifiquement formé peut permettre de mieux prendre en charge les résidents présentant des troubles du comportement. Je pense également qu'un service regroupant uniquement l'ensemble des résidents présentant une dépendance physique peut aussi être organisé au sein de la structure au travers du projet d'établissement.

3.1.3/ Une coordination de la prise en charge avec les différents acteurs sociaux et médico-sociaux du secteur

Le plan Alzheimer 2008-2012 a permis la création de nombreux dispositifs de prise en charge comme j'ai pu l'évoquer dans la première partie. Concernant l'établissement, je pense qu'il est essentiel de s'appuyer sur ces différents dispositifs au sein de son territoire.

Lors des phases aiguës, l'établissement doit pouvoir s'appuyer sur d'autres services relais tels que :

³⁸ Cahier des charges projet PASA et UHR

- L'équipe mobile de gériatrie-psycho-gériatrie du secteur qui intervient directement au sein de l'EHPAD suite à une prescription médicale du médecin traitant. Ce service permet notamment de faire une évaluation psycho-gériatrique du résident pour donner un avis ou orienter, de préconiser un traitement médicamenteux au médecin traitant ainsi qu'une adaptation environnementale ou la mise en place d'une hospitalisation programmée.
- L'Unité Gériatrie-psycho-gériatrique du secteur, si le résident souffre de troubles cognitifs et psycho-comportementaux justifiant des soins intensifs. Une hospitalisation en unité gériatrie-psycho-gériatrique peut être envisagée pour une durée déterminée.
- L'Unité d'Hébergement Renforcé la plus proche (si l'établissement ne peut disposer d'un tel service) peut être sollicitée pour les résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents.
- L'Unité Cognitive Comportementale (UCC) afin de prendre en charge et sur un temps limité des résidents en situation de crise. Ce service permet de stabiliser les troubles du comportement, grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale.

Il est clair qu'en comparaison avec la prise en charge d'une phase aiguë somatique, les solutions proposées dans le cadre de la prise en charge des troubles du comportement sont moins uniformes. Il est donc nécessaire de faire un travail de recueil des structures existantes sur le territoire afin de référencer chaque établissement et également de se faire connaître auprès d'elles. Il faut ensuite bien définir, et expliquer aux soignants le rôle de chaque structure afin que ceux-ci puissent savoir vers quel établissement se tourner en cas de crise. Un document référençant chaque structure avec les coordonnées et le rôle de la structure doit être affiché dans chaque service.

Afin de pouvoir faire ce recueil des acteurs du territoire, l'établissement peut également s'appuyer sur la MAIA de son territoire. En effet, l'objectif de la MAIA consiste à renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour de la personne en situation de dépendance. L'organisation que doit mettre en place la MAIA vise à simplifier les parcours des usagers et à améliorer la qualité de service rendu par une meilleure organisation des acteurs.

Le plan Alzheimer 2008-2012 apporte ainsi de nombreux services sur lesquels peut s'appuyer un EHPAD notamment lors des phases aiguës des troubles du comportement. Il est cependant nécessaire pour les soignants de bien connaître le rôle de tous les acteurs pour une utilisation optimale de ces services. A cet effet, l'établissement doit également se rapprocher de la MAIA de son territoire, qui est en charge de cette tâche.

3.2/ Une organisation des soins privilégiant la spécialisation de la prise en charge

3.2.1/ Accueil et Admission individualisé

Comme cela a été évoqué au sein de la deuxième partie, l'accueil et l'admission représentent des étapes importantes dans le cadre de la prise en charge de l'usager. Il est nécessaire de les codifier au travers de procédures afin de pouvoir organiser en amont un processus d'accueil et d'admission adapté à la personne.

Par ailleurs, lors de l'admission, il est primordial d'intégrer dans la prise en charge de la personne accueillie, son histoire, ses habitudes de vie, ses goûts et ses loisirs, son état de santé et les pathologies dont elle souffre. C'est pourquoi le projet de vie personnalisé réunira le projet de vie institutionnel, le projet de soins institutionnel et le projet d'animation institutionnel.

La démarche de projet de vie personnalisé permettra de décliner le projet de vie, de soins et d'animation de manière personnalisée propre à chaque résident accueilli en concertation avec lui et son entourage, les principaux objectifs et actions concrètes qui seront réalisées ainsi que leurs modalités d'évaluation. Celui-ci tiendra aussi compte des demandes et des souhaits des résidents et la possibilité des réponses apportées en adéquation avec les moyens.

Afin de réussir l'accueil et l'admission, il est essentiel de bien débiter le projet de vie préalablement avant l'entrée du résident et juste après son intégration au sein de l'institution. Afin de pouvoir mobiliser l'ensemble des professionnels et appliquer les procédures d'accueil et d'admission, je propose de spécialiser un poste spécifique d'IDE d'accueil et d'accompagnement dans le cadre d'une réorganisation du service infirmier. Ce nouveau poste est essentiel pour apporter une cohérence et un suivi dans la prise en charge.

Son rôle sera notamment de mobiliser et de fédérer l'équipe pluridisciplinaire dans l'accueil et l'accompagnement du résident dans son projet de vie et de soins personnalisé. L'IDE d'accueil et d'accompagnement contribuera à faire le lien ; entre le résident, les proches, l'équipe du service et le médecin; de l'accueil au départ du résident.

L'IDE d'accueil et d'accompagnement participera aux visites de préadmission, puis préparera l'entrée en institution du résident avec l'équipe du service et la famille. Cette préparation passera dans un premier temps par l'orientation dans le service le mieux adapté à la prise en charge de la personne. Et dans un second temps, par l'aménagement de la chambre avec les proches afin de familiariser le résident à son nouvel univers. Une présentation du dossier de la personne sera faite à l'équipe pluridisciplinaire avant l'entrée, le projet de vie personnalisé sera débuté en fonction du compte rendu de la visite de préadmission et deux professionnels du service seront nommés comme référents de la personne accueillie.

Pendant la phase d'intégration de la nouvelle personne accueillie, les autres résidents du service et les professionnels seront présentés au résident par les deux soignants référents. Une présentation du service et des espaces communs sera également effectuée ainsi que les activités proposées par l'établissement.

Lors des premières semaines, l'équipe soignante du service sera vigilante au comportement du résident et à ses relations avec les autres résidents. Une évaluation de ses ressentis sera mise en œuvre notamment avec la psychologue de l'établissement. Si besoin, l'établissement s'adaptera au plus près des besoins du résident notamment en pouvant décaler les horaires de repas, la toilette, ou les soins.

Concernant les proches, toutes les informations nécessaires seront communiquées : nom du service, numéro de chambre et les coordonnées de l'établissement. Les deux professionnels référents leurs seront également présentés.

A la suite de cette phase d'intégration de quelques semaines, l'IDE d'accueil et d'Accompagnement supervisera l'équipe pluridisciplinaire dans la détermination des objectifs du projet de vie et dans l'évaluation de ces objectifs avec la collaboration du résident et de l'entourage.

Je pense que la phase d'accueil et d'admission nécessite une personne ressource spécifique. Il est en effet nécessaire de mobiliser l'ensemble des acteurs autour du résident afin de faciliter au mieux la phase d'intégration des résidents présentant des troubles du comportement. L'IDE d'accueil et d'accompagnement donne le rythme et fait respecter les procédures d'accueil et d'admission aux professionnels. Il permet également d'apporter un suivi et une rigueur dans la mise en œuvre des projets de vie personnalisés afin de faire vivre et respecter cet outil essentiel pour une meilleure prise en charge des résidents présentant des troubles du comportement. Cette organisation répond parfaitement aux différentes problématiques liées au manque de temps des soignants ainsi qu'à la difficulté de faire vivre cet outil. Les soignants ont besoin d'être guidés et accompagnés dans la mise en œuvre du projet de vie, ainsi que dans l'application des procédures d'accueil et d'admission. Par ailleurs, il est également nécessaire d'avoir une personne qui centralise les informations entre tous les professionnels intervenant auprès du résident.

3.2.2/ Une organisation paramédicale spécifique

La proposition de services spécifiques, avec une spécialisation selon la dépendance, nécessite également une organisation paramédicale spécifique. Plus particulièrement au sein d'un service en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement de type UHR ou UP. Il est en effet nécessaire de renforcer ces équipes afin de pouvoir mieux prendre en charge les troubles du comportement par rapport à un service d'EHPAD classique. Je pense également qu'une rotation de l'équipe entre ce service spécifique et une unité d'EHPAD classique est importante afin de pouvoir garder des professionnels motivés.

La formation des professionnels représente un des éléments essentiels pour prendre en charge les personnes âgées présentant des troubles du comportement. La formation Assistante en Soins Gérontologique (ASG) a été mise en place dans le cadre de la mesure 20 du plan Alzheimer (identification et professionnalisation d'une fonction d'assistant de soins en gérontologie) pour répondre à la charge de travail concernant la prise en soins des malades Alzheimer. Cette formation permet d'avoir un éclairage nouveau et particulier pour l'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles du comportement, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques. Chaque professionnel intervenant au sein de ce service spécifique devra avoir effectué cette formation. Avec ce cursus, chaque professionnel devra tendre vers les capacités suivantes pour le « prendre soin gérontologique » :

Capacités à communiquer: être avenant, ouvert, souriant, à l'écoute, empathique, avoir du tact et de la diplomatie

Capacités relationnelles: être honnête, humble, disponible, calme et maître de soi, tolérant, discret, respectueux, patient.

Capacités à développer des compétences: être professionnel, motivé, consciencieux, rigoureux, exigeant, organisé, savoir observer et transmettre, se former, évoluer.

Dans ce service spécifique ainsi que dans les services d'EHPAD classiques, il est nécessaire de développer l'utilisation du projet de vie personnalisé pour chaque résident. Celui-ci doit être créé pour chaque résident et également faire l'objet d'une adaptation en fonction de l'évolution de la maladie (réévaluation et ajustements). Il reposera sur des actions d'amélioration de l'accueil personnalisé de la personne âgée, de son entourage, de son cadre de vie, du développement du maintien de l'autonomie, d'amélioration de la réponse adaptée et personnalisée aux besoins, d'assurance de la sécurité.

En cohérence avec les capacités physiques et intellectuelles, le projet de vie personnalisé favorisera le développement et le maintien des relations sociales, donnera des repères sur le temps, développera les échanges et les relations sur l'extérieur.

Le développement d'un poste d'IDE d'accueil et d'accompagnement est essentiel afin de mobiliser les équipes dans la réalisation et l'utilisation du projet de vie personnalisé. Il est nécessaire d'avoir un « élément » moteur au sein des services afin que le projet de vie soit considéré comme une plus-value dans la prise en charge, plutôt que comme une contrainte.

Le développement de l'utilisation du projet de vie personnalisé aura pour finalité d'individualiser le « Prendre soin » de chaque personne dès l'admission et durant tout son séjour afin de traiter ses problèmes de santé et de prendre en compte ses pathologies et les conséquences de celles-ci sur son état de santé. Celui-ci permettra de dispenser des soins de qualité, notamment pour les résidents présentant des troubles du comportement, en intégrant des compétences techniques, relationnelles et éducatives. Il permettra d'évaluer en

permanence l'état de santé du résident, de renforcer son autonomie et de l'encourager à une participation active aux décisions qui le concernent.

Le projet de vie et de soins sera également basé sur les valeurs de Bienveillance, sur un accueil personnalisé et sur un séjour où le bien être au quotidien est privilégié.

A cet effet, une charte de bienveillance devra être créée conjointement avec les équipes pluridisciplinaires afin de déterminer en équipe pluri-professionnel ce qui constitue les actes de bienveillance en institution. Un exemplaire de cette charte sera distribué à chaque professionnel travaillant dans l'établissement, ainsi qu'à chaque nouvel arrivant. Je pense qu'il est essentiel de sensibiliser les professionnels à la bienveillance et aux recommandations de l'ANESM, pour une bonne prise en charge des personnes présentant des troubles du comportement. Des actions de sensibilisation seront également mise en œuvre régulièrement aux travers de formation et par l'IDE d'accueil et d'accompagnement.

Dans les services d'EHPAD classiques, il peut également être développé la formation ASG ainsi qu'une sensibilisation aux troubles du comportement afin de compléter les formations paramédicales classiques.

3.2.3/ Renfort et spécialisation du corps médical au sein de l'établissement

La structure avec ses 147 lits d'Hébergement, est un EHPAD d'une dimension importante. L'intervention d'une quinzaine de médecins libéraux différents et pas forcément impliqués dans la qualité de prise en charge globale de l'établissement est un réel frein et peut amener à des dysfonctionnements. Le développement d'une prise en charge spécifique pour les résidents présentant des troubles du comportement ne peut se faire dans les meilleures conditions sans la présence de professionnels médicaux impliqués. Je propose donc de déposer une demande de tarif global auprès de l'Agence Régionale de Santé. Le tarif global permettra à l'établissement, du fait de sa capacité d'accueil, de recruter un ou plusieurs médecins gériatres salariés de l'établissement.

Le médecin gériatre devra comme un médecin généraliste avoir une approche globale de son patient pour prioriser les interventions nécessaires. Il devra maîtriser et prévenir les évolutions de l'état de santé de la personne en termes de pathologies. Dans le cadre d'un parcours global de soins, il mettra en œuvre les traitements qui permettront au résident de vivre dans les meilleures conditions possibles au sein de l'établissement.

Un médecin gériatre présent au quotidien apportera plus de réactivité dans l'adaptation du traitement médicamenteux des résidents présentant des troubles du comportement. Cette réactivité permettra de limiter les risques d'agression envers les résidents et le personnel soignant. Cette prise en charge médicale peut également avoir un rôle de prévention des symptômes aggravants tel que prévenir le repli sur soi, l'agressivité, l'agitation, limitant ainsi les hospitalisations.

Le médecin gériatre pourra également prendre la décision de l'intervention d'une structure extérieure comme l'équipe mobile de géronto-psychiatrie, ou prendre la décision d'une hospitalisation dans une Unité Cognitivo Comportementale par exemple. Il contribuera ainsi à plus de clarté pour les équipes paramédicales dans les interventions de ces différentes structures. Le médecin salarié apportera sa contribution aux projets de vie personnalisés, notamment au niveau des soins.

Du fait de ses connaissances en gériatrie, un médecin gériatre amènera des solutions et des conseils aux équipes paramédicales. Cet apport permettra aux équipes de prendre confiance dans leurs actes auprès des résidents présentant des troubles du comportement. Grâce à ses interventions, les équipes se sentiront moins démunies ce qui permettra de restreindre le risque de maltraitance.

Ainsi, le passage à un tarif global avec le recrutement d'un médecin gériatre salarié est essentiel dans un EHPAD comme l'Etablissement. Il contribue à améliorer la qualité de la prise en charge des services auprès des personnes âgées présentant des troubles du comportement mais permet également de prévenir les différents risques liés à ces troubles.

3.3/ Une organisation architecturale adaptée

3.3.1/ Des locaux favorisant la prise en charge des troubles du comportement

L'environnement architectural de l'établissement du fait de l'âge des bâtiments et de ces anciennes activités, présente certaines limites afin d'apporter une prise en charge optimale aux résidents présentant des troubles du comportement. Ces limites sont notamment : les petits espaces communs, la majorité des lits en chambres doubles et les espaces de déambulation restreints et difficiles à surveiller.

Pour pallier à ces différentes difficultés liées à l'architecture, je propose de déposer un projet de restructuration ou de reconstruction du bâtiment auprès des autorités de tutelles.

Ce projet aura pour objectif global de développer un environnement architectural qui doit être le support du projet de vie, de soins et d'activités de l'établissement.

Il y aura donc des unités comprenant des lits d'EHPAD classique. Au sein de ces unités, il y aura uniquement des chambres individuelles avec un verrou permettant aux résidents de disposer d'une clef s'ils le souhaitent et en accord avec l'équipe pluridisciplinaire. Chaque professionnel sera d'ailleurs muni d'un pass permettant d'ouvrir toutes les portes. Toutes les portes permettant d'accéder aux espaces de soins, aux vestiaires, salles de transmissions, lingerie, ... seront munies d'un code. L'accent sera également mis sur des espaces communs élargis et lumineux. Les couloirs seront munis de dispositifs favorisant l'orientation avec des jeux de couleur spécifique. Chaque porte sera équipée d'une image choisie par le résident afin de lui permettre de repérer facilement sa chambre.

Le projet devra répondre en même temps à plusieurs objectifs :

- Offrir aux résidents du service un environnement qui soit à la fois confortable, rassurant et stimulant ;
- Proposer des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant l'accueil des familles ou de l'entourage ;
- Procurer au personnel un environnement de travail ergonomique et agréable.

Ce projet devra concilier les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer tout en respectant les normes de sécurité en vigueur (accessibilité et sécurité incendie notamment).

Le projet de reconstruction comprendra également une unité spécifique type UHR ou UP de 14 places. Il sera à la fois un lieu de vie, de soins et d'activités.

Ce service spécifique disposera d'une entrée au sein de la nouvelle structure, rattachée à l'EHPAD.

Chaque résident aura une chambre individuelle.

L'environnement favorisera le confort et l'usage :

- De nombreuses baies vitrées favorisant la lumière naturelle dans les espaces de vie
- Une salle de bains dédiée au bien-être, avec l'équipement d'un espace Snoezelen.

L'environnement avantagera l'orientation et contiendra la déambulation :

- Les résidents déambulant pourront circuler librement et en toute sécurité dans les différents espaces de l'unité, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur.
- Un jardin sécurisé permettra la mise en place du programme des activités thérapeutiques en extérieur.

L'environnement répondra aux besoins d'autonomie et d'intimité du résident en lui facilitant l'accès, notamment aux WC. Les espaces de convivialité et de vie sociale seront regroupés au sein de l'unité pour les repas et pour les activités individuelles ou en petits groupes.

Le projet de reconstruction comprendra également deux PASA de 14 places pour les résidents de l'EHPAD. Ceux-ci disposeront chacun d'une entrée adaptée, d'un espace salon dédié au repos et à certaines activités collectives, d'un espace repas avec office, de deux espaces d'activités adaptées afin de proposer des activités en petits groupes ainsi qu'un jardin sécurisé.

L'architecture des deux PASA aura pour objectif de favoriser un environnement permettant de réduire l'agitation et l'agressivité des résidents, et de favoriser la détente des résidents.

L'adaptation de l'architecture de l'établissement, en favorisant notamment le développement de nouveaux services, contribuera de manière certaine à une amélioration de la prise en charge des résidents. En effet, le développement d'unités spécialisées cumulé au développement d'unités d'EHPAD classiques propices à la détente et à la convivialité permettra de réduire considérablement les agitations et agressions des résidents présentant des troubles du comportement.

3.3.2/ Des locaux permettant d'assurer la sécurité tout en respectant la liberté

Comme évoqué au sein de la deuxième partie, les locaux de l'établissement garantissent la liberté d'aller et venir mais pas forcément la sécurité. Ce manque de sécurité se caractérise par le nombre de sorties à l'insu répertorié dans le registre des événements indésirables de l'établissement. A mon sens, ce risque est à traiter au plus vite et ne peut attendre un projet de reconstruction pouvant garantir cette sécurité. La problématique des sorties à l'insu dans chaque service est à prendre en compte dans l'organisation architecturale. Je pense qu'il est nécessaire de condamner les issues de secours se trouvant à chaque extrémité du bâtiment. Ces issues devront être asservies au système de sécurité incendie afin de pouvoir s'ouvrir en cas de déclenchement de l'alarme. Un dossier de faisabilité sera donc déposé en commission de sécurité. Le fait de condamner ces deux issues permettra aux soignants de concentrer leur surveillance sur les accès ascenseurs et l'escalier de service qui se trouve tous au même endroit, au centre du service. Les locaux de services seront munis d'un code et d'un groom pour qu'aucun résident ne puisse y accéder.

Au niveau du bâtiment, l'accès au sous-sol est déjà limité pour les résidents.

Concernant la porte d'entrée principale des deux bâtiments, je pense qu'il est nécessaire de mettre en place un dispositif de sécurisation de ces issues. Un système de double bouton poussoir pourrait être installé. Un résident ou un proche qui souhaite sortir du bâtiment devra actionner deux boutons en même temps. Le fonctionnement d'ouverture sera expliqué par un panneau d'affichage sur la porte ainsi que dans le livret d'accueil. L'agent d'accueil ou le personnel pourra également faire une démonstration en cas de besoin. Ce dispositif permettra ainsi de limiter les sorties à l'insu tout en garantissant la liberté d'aller et venir.

Au niveau des espaces verts entourant l'établissement, un système de surveillance sera installé tout autour de l'enceinte de l'établissement pour les résidents à risques. Les résidents qui présentent un risque de sortie à l'insu déterminé selon une évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, seront munis d'un bracelet. Ce bracelet activera un signal sonore dans le service, si le résident sort de l'enceinte de l'établissement.

En termes d'organisation architecturale, il est possible d'installer au sein de l'établissement des dispositifs techniques permettant de garantir la liberté d'aller et venir tout en garantissant la sécurité. Je suis convaincu que cette organisation permettrait de limiter considérablement le nombre de sortie à l'insu. Cependant, il est nécessaire de travailler la mise en place de ce dispositif avec les équipes soignantes mais aussi et surtout avec les résidents au travers du Conseil de la Vie Sociale.

Conclusion

La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement en institution nécessite une remise en cause globale de l'ensemble des pratiques. En tant que directeur, nous sommes l'élément moteur pour accompagner l'établissement pour une meilleure prise en charge de cette pathologie. Que ce soit au niveau organisationnelle avec la spécialisation de certains services ou au niveau du savoir-faire des professionnelles avec des formations liés aux troubles du comportement ou architecturale avec l'adaptation des locaux. De nombreuses solutions existent, il est juste nécessaire de les mettre en pratiques au quotidien.

Ce mémoire de recherche m'a permis de prendre du recul sur mon établissement, afin de trouver les solutions adéquates aux problématiques liés à ce type de pathologie. Ce mémoire me permet aujourd'hui d'avoir un plan d'action.

Certaines actions ont d'ailleurs commencé à être mise en œuvre avec la transformation d'un poste d'IDE en poste d'IDE d'Accueil et d'Accompagnement. Le projet de tarif global pour avoir un médecin salarié ainsi que le projet de reconstruction ont été déposés à l'ARS.

Cette démarche m'a également permis de me rendre compte de la difficulté à organiser la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement avec les différents acteurs du territoire. Le manque de clarté et de volonté des professionnels dans l'efficience du parcours de soins des séniors est un frein, malgré les moyens accordés par les politiques publics. La mise en place des MAIA peut être une des solutions à cette problématique cependant leurs résultats tardent à venir et le territoire n'est pas encore complètement couvert.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme à l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n°2004-287 du 25 Mars 2004 relatif au conseil de vie social et aux autres formes de participation instituées à l'article L311-6 du CASF.
- Instruction ministérielle du 7 Janvier 2010 relative à l'application du volet social du plan Alzheimer 2008-2012.
- Circulaire du 6 Janvier 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social et maladies apparentées du plan Alzheimer 2008-2012
- Code de l'Action Sociale et de Familles
- Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance version 2007, Fondation Nationale de Gérontologie
- Circulaire du 21 Octobre 2011 concernant l'évaluation externe

Ouvrages

- Etude de Michel Duée et Cyril Rebillard, La dépendance des personnes âgées : Une projection à long terme. INSEE, Avril 2004
- Images troublées réalités morcelées Alzheimer incarnation du mal vieillir, sous la direction de Jean-François Diana et Vincent Meyer, Les Etudes Hospitalières, 2012.
- Comprendre la santé des aînés, sous la direction de Bruno Fantino, Edition DUNOD, 2011
- Le système de santé en France, sous la direction de Bruno Fantino et Gérard Ropert, Edition DUNOD, 2012

Articles

- Solidarité Santé, N°43, Septembre 2013
- CNSA, AGIRR en établissement, 2008
- Info Santé N°4 Juin 2013

Recommandations

- Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance version 2007, Fondation Nationale de Gérontologie
- ANESM qualité de vie en EHPAD volet 1, 2010
- ANESM, qualité de vie en EHPAD volet 2, 2011
- HAS conférence de consensus liberté d'aller et venir dans les établissements médico-sociaux. 2004
- Cahier des charges projet PASA
- Cahier des charges projet UHR

Enquêtes/Etudes

- Données INSEE Projection de population 2005-2030 (Juillet 2007)
- Etude KPMG : Observatoire des EHPAD 2014
- DRESS volet « pathologie et morbidité » de l'enquête EHPA 2007
- Rapport Verger, 2014

- Etude des conditions de travail des salariés en EHPAD et en long séjour. Services de santé au travail. 2011

Site Internet

- Site parhtage.sante.fr Le Modèle PATHOS, partage et utilisation, 2005
- Site kavarna.fr rubrique loi-2002-pour-le-social
- Site plan-alzheimer.gouv.fr, 2008
- Site social-sante.gouv.fr Adaptation de la société au vieillissement, Projet de loi 2014

Liste des annexes

ANNEXE I : Grille d'entretien des professionnels soignants

ANNEXE II : Grille d'entretien des familles

ANNEXE III : Compte rendu de la journée d'observation

Annexe I

Sous-thème	Question
Population de l'EHPAD	Pouvez-vous me décrire la population accueillie au sein de l'EHPAD (animateur + Psychologue) ? de votre service (AS +IDE + ASH) Pouvez-vous me dire s'il y a plusieurs catégories distinctes de résidents en fonction de la pathologie?
Architecture de l'EHPAD	Comment trouvez-vous les locaux du service ? Comment trouvez-vous le matériel du service ? Pensez-vous qu'ils sont adaptés au public accueilli ?
Relations entre les résidents	Comment se passe les relations entre les résidents ? Est ce qu'il y a des difficultés rencontrées ?
Pratiques quotidiennes	Pouvez me décrire certaines situations que vous avez pu rencontrer avec des résidents atteints de troubles du comportement ? Est ce qu'il vous arrive de rencontrer des difficultés? Si, oui, comment réagissez-vous ? Comment gérez-vous la cohabitation entre les résidents souffrant de démences et les résidents dépendants physiquement ?
Activités proposées	Proposez-vous des activités aux résidents ? Si oui, comment cela se passe-t-il ? Rencontrez-vous des difficultés en fonction des pathologies ?
Formations professionnelles	Avez-vous effectué des formations ces 2 dernières années ? Si, oui, Quels types de formations avez-vous effectué ? Est-ce que celles-ci vous ont aidé dans la prise en charge des résidents atteints de troubles du comportement ?
Qualité de prise en charge	Avez-vous des projets de vie personnalisée pour chaque résident ? Si oui, est-il appliqué, évalué et révisé régulièrement ? Dans un service, est-ce qu'il y a des spécificités entre professionnel en fonction de la prise en charge? Entre service ? Existe-t-il un service spécifique pour les Personnes âgées présentant des troubles du comportement ?

Annexe II

Sous-thème	Question
Population de l'EHPAD	Pouvez-vous me décrire la population accueillie au sein du service ou se trouve votre proche ? Pouvez-vous me dire s'il y a plusieurs catégories distinctes de résidents en fonction de la pathologie? Votre proche souffre-t-il d'une pathologie ? Si oui laquelle ?
Architecture de l'EHPAD	Comment trouvez-vous les locaux du service ? Comment trouvez-vous le matériel du service ? Pensez-vous qu'ils sont adaptés au public accueilli ?
Relations entre les résidents	Comment se passe les relations entre les résidents ? Est ce qu'il y a des difficultés rencontrées, notamment avec votre proche ?
Pratiques quotidiennes	La prise en charge de votre proche en EHPAD vous paraît-elle adaptée à sa pathologie ? Pouvez me décrire certaines difficultés rencontrées avec votre proche? Que pensez-vous de la cohabitation entre les résidents souffrant de démences et les résidents dépendants physiquement ?
Activités proposées	Des activités sont-elles proposées à votre proche? Si oui, comment cela se passe-t-il ? Sont-elles adaptées ?
Formations professionnelles	Pensez-vous que la formation du personnel est adaptée à la prise en charge de votre proche ?
Qualité de prise en charge	Avez-vous participé à l'élaboration du projet de vie personnalisée de votre proche? Si oui, pensez-vous que cela a amélioré la prise en charge de votre proche ? Etes-vous satisfait de la prise en charge de votre proche au sein de l'EHPAD ?

Annexe III

Compte rendu de la journée d'observation

Actuellement sur un poste de directeur délégué d'un EHPAD, j'ai choisi de faire cette journée d'observation au sein d'un autre établissement afin de ne pas être perçu comme un supérieur hiérarchique. Je souhaite en effet, que les équipes de l'établissement puissent se sentir à l'aise, afin de percevoir au mieux la réalité du terrain.

Je commence ma journée d'observation vers 7h15 au sein d'un service d'une quarantaine de lits. Lors de mon arrivée j'observe que les aides-soignantes sont en train de s'occuper des toilettes et des changes des résidents. Un agent des services hospitaliers commence à donner le petit déjeuner aux résidents dans la salle à manger du service ainsi qu'aux résidents en chambre. Je constate qu'un certain nombre de résidents se trouvent déjà en salle à manger à attendre et à observer. Je les salue et je m'installe avec eux. Quelques résidents m'observent. Une résidente s'approche de moi en me demandant si je suis son petit-fils, un certain L. Je lui réponds que c'est un joli prénom et je lui demande si elle se sent bien ici. Elle me répond que tout va bien. Jusqu'à 10 Heures, j'ai pu observer que la salle commune se remplit petit à petit à mesure que les toilettes avancent.

Ce qui caractérise le plus ce début de matinée reste le silence dans cette salle. Il y a peu d'échanges entre les résidents, idem avec le personnel qui est afféré dans les soins d'hygiène et de confort et le nettoyage des locaux. Je m'aperçois également que quelques résidents déambulent continuellement au sein du service d'un endroit à l'autre. Je sens que les résidents sont très attentifs et réceptifs à ce qu'il se passe dans le service. J'échange des sourires et quelques conversations avec eux.

Vers 10 Heures, c'est la pause du personnel. Chacun termine sa tâche et se retrouve dans la salle de pause. J'entends des rires et des conversations, par la porte ouverte de la salle de pause. 10 minutes plus tard, le personnel se remet au travail.

Vers 10H30, le personnel d'animation se rend dans les services pour donner le courrier aux résidents ainsi qu'un journal pour chaque résident. Je n'observe aucune autre activité, jusqu'au repas du midi. Je m'aperçois que le personnel reste uniquement axé sur les soins de nursing et sur l'hygiène des locaux. Aucune occupation ou animation n'est proposée aux résidents pendant toute la matinée. Comment peut-on rester là à attendre en silence pendant des heures ? Pourquoi aucune activité ne leur est proposée ?

Vers 12H00, le repas est monté de la cuisine, jusqu'à la salle à manger du service. Le personnel se charge de faire manger certains résidents, d'autres mangent seuls avec des couverts ou avec les mains. Je m'aperçois que le personnel reste très poli et emploie toujours un Monsieur ou un Madame accompagné du nom de famille pour s'adresser aux

résidents. Cependant, je vois qu'il y a toujours peu d'échanges avec le personnel, ainsi qu'entre les résidents. Il règne toujours ce silence au sein du service.

Après le repas et jusqu'à 14 Heures les professionnels remettent en état la salle commune et proposent aux résidents de retourner en chambre, de rester en salle à manger ou d'aller à l'animation. J'observe que peu de résidents souhaitent aller à l'animation.

A 14 Heures, la relève de l'après-midi arrive. J'en profite pour me rendre en salle d'animation pour observer le déroulement des activités proposées par l'équipe d'animation. Lors de cette observation, je m'aperçois que la quinzaine de résidents présents se connaissent très bien et ont l'air d'être habitués des lieux. L'activité proposée est un quizz. Je constate que les résidents qui participent à l'animation présentent peu de troubles du comportement. Je me rends également compte que l'activité proposée est la seule de la journée et que le groupe présent bénéficie de cette activité six jours sur sept pour un EHPAD de 120 lits. Je constate donc que les activités sont seulement réservées aux résidents présentant peu de troubles.

A la fin de l'animation vers 16H30, je retourne dans le service que j'avais quitté à 14 Heures. Je retrouve les résidents toujours en train d'attendre en salle commune. Il règne toujours ce silence et le manque d'échanges que j'avais observé dans la matinée.

Les professionnels de l'équipe d'après-midi continuent à effectuer des soins et des changes auprès des résidents.

Je quitte la structure vers 17H30 avec la conviction qu'il est nécessaire de faire évoluer les pratiques professionnelles du personnel afin de mieux prendre en charge les résidents présentant des troubles du comportement. On ne peut pas faire uniquement les soins, et laisser les résidents toute la journée à attendre. Il est nécessaire que la prise en charge aille au-delà des soins d'hygiène et de confort. Je suis convaincu qu'il est possible de proposer des activités adaptées à ce type de public.

MAUGE	Zacharie	27/11/2014
<p style="text-align: center;">Diplôme d'Etablissement « Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : Enjeux, Outils et Méthodes » Promotion 2013/2014</p>		
<p style="text-align: center;">L'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles du comportement au sein des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Les EHPAD sont aujourd'hui confrontés à un accueil croissant de résidents présentant une dépendance psychique, alors que le nombre de résidents présentant une dépendance physique diminue. Il est donc nécessaire d'adapter la prise en charge de ces structures à ce type de public. Cependant dans les faits, mon constat me permet de dire que la prise en charge est encore loin d'être adaptée avec des organisations institutionnelles et des pratiques soignantes qui restent axées vers une standardisation de la prise en charge pour l'ensemble des résidents. On retrouve dans les EHPAD une cohabitation entre les deux formes de dépendances ce qui provoque de la tension dans les services. Par ailleurs, les professionnels restent démunis dans leur prise en charge, par un manque de formation et de spécialisation. La configuration architecturale reste, elle-aussi, problématique avec des locaux exigus et non adaptés à la prise en charge des troubles du comportement. Malgré ces difficultés de nombreuses solutions existent et il est nécessaire de s'interroger sur l'évolution des organisations, des pratiques et de l'architecture au sein de ces structures.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>EHPAD - Dépendance – Troubles – Alzheimer - PASA – UHR – Institution – Projet d'Etablissement – Organisation – Architecture – Soignant – Prise en charge</p>		
<p style="text-align: center;"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		