



---

**Diplôme d'Etablissement :**

**« Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »**

Promotion : **2010-2011**

---

***« E.H.P.A.D : Architecture et aménagement de l'environnement, quel impact sur l'autonomie d'un usager atteint de la maladie d'Alzheimer ? »***

***Etienne Lucien RALIS***

---

**Responsables pédagogiques :**

**Karine LEFEUVRE-DARNAJOU,  
Professeur au département  
SHS-CS et Christelle  
ROUTELOUS, Professeur à  
l'Institut du Management,  
EHESP**

**Responsable de l'atelier  
mémoire : Karine CHAUVIN**

---

*«Il est de règle que l'architecture d'un édifice soit adaptée à sa destination de telle façon que cette destination se dénonce d'elle-même au seul aspect de l'édifice».*

**Victor HUGO**

*Extrait de Notre Dame de Paris*

---

# Remerciements

---

Je présente mes remerciements les plus sincères à :

Ma mère, mon fils, ma famille ainsi que mes amis sincères qui se reconnaîtront, pour leurs soutiens et leurs encouragements.

Mme Mireille COCHRANE, Diplômée en Communication, personne ressource m'ayant aidé à rester critique sur le fond et la forme durant l'élaboration de ce travail.

Mmes Karine CHAUVIN et Marie-Elisabeth COSSON, Chargées d'enseignement EHESP et responsables du « dispositif mémoires », pour leur accompagnement méthodologique, leur disponibilité, et leurs précieux conseils.

Mmes Karine LEFEUVRE-DARNAJOU, Docteur en Droit Privé, Professeur au Département SHSC EHESP, et Christelle ROUTELOUS, Enseignant Chercheur à l'Institut de Management EHESP, responsables pédagogiques du dispositif de formation ; pour le choix des outils étudiés, au combien nécessaires à la prise en charge des usagers en EHPAD.

Mr Albert Fleming, administrateur de la commune de Saint-Martin durant une trentaine d'année, dont 24 ans en qualité de Maire, pour son implication dans ce travail de réflexion et son attachement aux personnes âgées de l'île. Personnalité incontournable, il est la mémoire vivante de Saint-Martin.

J'ai une pensée toute particulière pour Mme Ghislaine NANGA infirmière venu de Guadeloupe, restée en poste 4 mois à l'EHPAD Bethany Home, qui par sa singularité a fait preuve de générosité et d'inspiration dans la réflexion d'un cadre de vie plus chaleureux et protecteur pour nos résidents.

Sans oublier les usagers : les résidents, les familles, les aidants, l'équipe pluridisciplinaire, l'ancien médecin de l'EHPAD, le Président et un membre du conseil d'administration, les directions successives de l'EHPAD Bethany Home, ainsi que toutes les personnes qui de près ou de loin, ont permis d'enrichir ce travail de réflexion.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 La Maladie d'Alzheimer, une problématique sociétale majeure.....	5
1.1 Définition et chiffres significatifs à intégrer .....	5
1.2 Troubles dominants et répercussions à prendre en compte.....	6
1.3 Préconisations, orientations et recommandations .....	7
2 La Jeune Collectivité d'Outre-mer de Saint-Martin .....	10
2.1 État des lieux de la prise en charge des personnes âgées .....	10
2.2 Synthèse des travaux du schéma territorial d'action sociale .....	11
2.3 Pré-cadrage du schéma régional d'organisation médico-sociale.....	12
3 L'EHPAD Bethany Home .....	14
3.1 Cheminement historique de l'EHPAD Bethany Home .....	14
3.2 Population hébergée.....	14
3.3 Structure des ressources humaines.....	15
3.4 Architecture et aménagement de l'environnement .....	16
4 Analyse des données .....	19
4.1 Perception de la maladie, du plan Alzheimer et des structures d'accueil .....	19
4.2 Architecture et loi du 2 janvier 2002.....	20
4.3 Aménagement des espaces visant le maintien de l'autonomie .....	22
4.4 Environnement et préservation des liens .....	24
5 Un Plan d'action visant à valoriser l'offre de service .....	25
5.1 Environnement : source de repères et de bien-être .....	25
5.2 Démarche, enjeux et argumentation du choix de l'action .....	27
Conclusion.....	29
Bibliographie .....	31
Liste des annexes.....	I
Annexe n°1 .....	II

Guide d'entretien à destination des usagers, des élus et des professionnels de l'EHPAD .....	II
Annexe n°2 .....	III
Exemple de cascade et de volière pouvant constituer l'espace sensoriel de l'EHPAD BETHANY HOME .....	III
Annexe n° 3 .....	IV
Rapport Circonstancié Notation 2010 .....	IV
NOTE D'OBSERVATION .....	V
Liste des annexes .....	IX
Annexe n°1 .....	X
Méthodologie de la journée d'observation à l'EHPAD Bethany Home .....	X
Annexe n°2 .....	XII
Grille d'observation .....	XII

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ANESM** : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASG** : Assistant de Soins en Gériologie

**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale

**CLIC** : Comité Local d'Information et de Coordination

**COM** : Collectivité d'Outre-mer

**DGAS** : Direction Générale de l'Action Sociale

**DGS** : Direction Générale de la Santé

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**EPSMS** : Etablissement Public Social et Médico-social

**GIR** : Groupe Iso-Ressources (dépendance)

**GMP** : Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré

**GCSMS** : Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale

**hab./km<sup>2</sup>** : Habitants par kilomètre carré

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**MAIA** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

**PA** : Personne âgée

**PASA** : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

**PRS** : Projet Régional de Santé

**RDC** : Rez-de-chaussée

**SFGG** : Société Française de Gériatrie et Gériologie

**SROMS** : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile

**UHR** : Unité d'Hébergement Renforcée

**USL** : Unité de Soins Longue durée

## Introduction

La France connaît un accroissement important de l'espérance de vie. Cette augmentation de la longévité s'accompagne de la recrudescence de pathologies liées au vieillissement, telle que la maladie d'Alzheimer.

Faute de solutions alternatives suffisantes offertes aux familles, l'accompagnement au quotidien de la Personne âgée (PA) souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées fragilise les aidants<sup>1</sup> et, l'institution devient la seule issue possible.

L'entrée en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est dans la plupart des situations motivée par la perte d'autonomie physique ou psychique, ou encore par les conséquences d'une maladie chronique. Pour la PA atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, cette entrée peut être consécutive à une insuffisance architecturale et ergonomique du domicile, à l'épuisement de l'aidant, ou encore à un isolement social.

Actuellement, les EHPAD font face à des demandes d'admissions souvent effectuées dans l'urgence, sans préparation en amont, quand le maintien à domicile n'est plus possible. Les EHPAD d'ancienne génération n'étant pas prévus pour accueillir ce type de population, se trouvent ainsi confrontés à des difficultés de prise en charge d'un profil de résidents nécessitant un accompagnement spécifique. En effet, outre cette mission d'hébergement et de soins, il est préconisé de maintenir l'autonomie et les liens sociaux de l'usager en EHPAD, dans un cadre environnemental privilégiant la sécurité tout en préservant sa liberté d'aller et venir.

L'EHPAD Bethany Home fait face à des admissions dans l'urgence de résidents en perte d'autonomie avancée. Le lien familial dans la société Saint-Martinoise démontre le besoin d'établir une relation affective de proximité comme ciment d'expression de ses valeurs. Ce qui explique que la PA vit le plus longtemps possible chez-elle. Ce sont les contraintes liées à la prise en charge au domicile, qui imposent aux parents de recourir à l'entrée en institution comme ultime et tardive solution.

Cadre de Santé dans un Etablissement Public Social et Médico-social (EPSMS) d'une capacité de 70 lits et places dont 40 lits à l'EHPAD et 30 places au SSIAD, j'ai entrepris cette formation, motivé par un double objectif : développer de nouvelles compétences en management des EHPAD, et renforcer ma connaissance du secteur médico-social. Soucieux d'offrir aux usagers une prestation de qualité prenant en compte ses droits, j'ai pu dans le cadre de ce dispositif de formation m'interroger sur la posture du Directeur

---

<sup>1</sup> « Personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne ». Source : Manuel officiel de formation d'Assistant soins en gérontologie (ASG).

d'EHPAD confronté à des problématiques d'usagers, découvrir et m'approprier les outils règlementaires.

Par ailleurs, l'absence de direction permanente au sein de mon établissement depuis juillet 2010 m'a placé de fait, dans un rôle de gestionnaire de l'institution<sup>2</sup> dans ces différentes composantes : management de l'organisation, des objectifs et des équipes.

Mon implication professionnelle trouve aussi son prolongement au sein du groupe de travail « *handicap et vieillissement* » dans le cadre de la conférence de territoire des îles du nord administrée par les présidents des collectivités d'outre-mer de Saint-Martin et Saint-Barthélemy et coordonnée par l'agence régionale de santé (ARS) de Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Au sein de cette entité, je représente<sup>3</sup> les établissements sociaux et médico-sociaux. Ces deux expériences m'ont permis de nourrir une curiosité pour une activité de direction, de saisir le rôle et l'importance de cette mission dans la mise en œuvre d'un parcours de soins adapté. Sensible depuis longtemps au lien entre l'architecture et le soin, j'ai choisi d'interroger ce sujet sous l'angle de la fonction de Directeur.

*« Il est de règle que l'architecture d'un édifice soit adaptée à sa destination, de telle façon que cette destination se dénonce d'elle-même au seul aspect de l'édifice »*<sup>4</sup>, l'EHPAD Bethany Home se soustrait à cette règle. Il est important de noter que la configuration architecturale de l'EHPAD Bethany Home, s'apparente davantage à celle d'un foyer logement destiné à accueillir des résidents autonomes. Historiquement cette bâtisse destinée à l'accueil en chambre individuelle de jeunes travailleurs a connu un tout autre destin jusqu'à son utilisation actuelle en EHPAD.

Bien que la structure d'un point de vue architectural ne réponde pas en de nombreux points aux normes en vigueur dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées, elle a le mérite d'exister. De plus, elle propose une offre de service, d'accueil et d'accompagnement, aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en installant un lien de confiance avec les aidants.

Ma recherche documentaire orientée sur la maladie d'Alzheimer et ses répercussions, m'a permis de déterminer le champ de l'étude à entreprendre. La place accordée dans les ouvrages professionnels à l'impact de l'architecture et de l'environnement sur l'autonomie du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer m'a conduit à me questionner :

**« En quoi l'architecture et l'aménagement de l'environnement de l'EHPAD Bethany Home influencent-ils l'autonomie d'un usager Alzheimer ? ».**

---

<sup>2</sup> Cf. Annexe N° 4 - (Avis Circonstancié - Notation 2010)

<sup>3</sup> Arrêté n°1 - du 31 décembre 2010 fixant la composition de la conférence des territoires des îles du nord de l'ARS de Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

<sup>4</sup> Source Victor HUGO – Extrait de Notre Dame de Paris



Trois hypothèses en découlent :

- L'architecture de l'EHPAD Bethany Home empêche à l'usager Alzheimer d'accéder à l'ensemble de ses droits, tels que le prévoit la loi du 2 janvier 2002.
- L'aménagement des espaces intérieurs, entrave les repères relatifs au temps et à l'espace de l'usager présentant des troubles cognitifs liés à une démence de type Alzheimer.
- L'environnement de l'infrastructure est un obstacle à la préservation des liens entre le résident et sa famille.

Pour mener à bien mon travail de réflexion, je vais dans une première partie, présenter la maladie d'Alzheimer et mettre en évidence les troubles qu'occasionnent cette affection, en les confrontant aux textes, chartes, recommandations et préconisations.

Une deuxième partie sera consacrée à la présentation de la jeune collectivité d'outre-mer française de Saint-Martin et son positionnement dans la prise en charge médico-sociale des populations vieillissantes.

Puis, je vous exposerai l'historique, la population et les ressources humaines de l'EHPAD Bethany Home, ainsi que son aspect architectural et environnemental.

Ce travail est basé sur une approche qualitative, constitué d'observation directe non participante (réalisée dans le cadre d'une journée d'observation), d'entretiens semi-directifs et informels, des réunions de travail et d'une étude documentaire. L'analyse des données obtenues croisée à ma note d'observation et confrontée aux hypothèses de départ permettra, après validation, de dégager un plan d'actions avec des objectifs à court terme.

Ensuite, dans ma conclusion j'aurai à cœur de proposer des pistes de réflexion afin d'orienter les décisions à moyen et long terme.

## Motivation, méthodologie utilisée et argumentation

Mon intérêt pour le sujet traité se fonde sur deux événements principaux. Le premier, dans le cadre d'une expérience vécue dans mon activité professionnelle et le second, en lien avec le schéma transversal d'action sociale et médico-social.

Cadre de santé, chargé de la coordination et du suivi des soins au sein d'un EHPAD, j'ai été interpellé par la fin de vie foudroyante d'un résident Alzheimer. Ce résident, souffrant de troubles mnésiques importants à son arrivée dans l'établissement, ne s'est jamais acclimaté au lieu et a toujours cherché à s'enfuir (nombreuses fugues avec reconduites). L'une de ses dernières tentatives de fuite avortée l'a plongé probablement dans une profonde résignation. En tout cas il a cessé de s'alimenter en dépit d'une prise

en charge intensive de l'équipe, sa santé s'est dégradée et sur une très courte période il est décédé. Face à cette situation et au-delà du sentiment d'impuissance que j'ai ressenti, j'ai eu un déclic qui m'a conduit à m'interroger sur la personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer accueillie en établissement. J'ai donc consulté la littérature sur ce sujet.

Ma qualité de gestionnaire de l'unique EHPAD de la région m'a poussé à consulter le schéma transversal d'action sociale et médico-social diligenté par la COM de Saint-Martin. La partie consacrée à l'EHPAD Bethany Home dans ce rapport, met l'accent sur la vétusté des locaux, l'inadaptation de l'hébergement à l'accueil du public Alzheimer et la nécessité d'une mise en conformité de la structure.

Les outils règlementaires étudiés dans le cadre de ma formation, m'ont permis de saisir la complexité du secteur médico-social, les enjeux poursuivis et les défis à relever. La réalisation du mémoire représente donc pour moi une véritable opportunité. En effet c'est le moment d'expérimenter des outils méthodologiques d'analyse d'un sujet, en confrontant différents angles d'approche.

L'approche qualitative conduite sur un échantillon restreint, représentatif du sujet étudié, interroge une théorie, vérifie des hypothèses pour les confirmer ou les invalider. Les entretiens semi-directifs constitutifs de cette approche permettent d'explorer le champ des représentations et des pratiques individuelles sur un thème préalablement défini. Les données issues de ma note d'observation et des entretiens semi-directifs confrontés à la réglementation, ont mis en évidence les décalages existant entre les pratiques terrains et les obligations institutionnelles.

Les réponses données par les personnes interrogées dans le cadre de l'échantillon sélectionné suggèrent en lieu et place de l'amélioration de l'existant, la construction d'une nouvelle structure. Bien que mon guide d'entretien ait été conçu en rapport avec les hypothèses découlant de ma question de départ, aucun « *remède* » à l'architecture et à l'aménagement de l'environnement de l'EHPAD Bethany Home ne semble possible pour les personnes interviewées. L'inadéquation de la structure à la pathologie de la maladie d'Alzheimer chez les personnes âgées, place pour eux sans conteste les résidents dans un état de dépendance et ne favorise pas le maintien des repères dans le temps et l'espace.

Toutefois exploitant certains éléments découlant des interviews, j'ai pu les recontextualiser à l'EHPAD Bethany Home et bâtir un plan d'amélioration de l'existant dans l'optique de ralentir le processus invalidant de la maladie. Aussi dans l'attente d'un projet de construction d'un nouvel édifice, requalifier notre offre de service en proposant à nos résidents un environnement plus humanisé, semble réaliste.

# **1 La Maladie d'Alzheimer, une problématique sociétale majeure**

La démence<sup>5</sup> se définit comme un trouble de la mémoire et de l'idéation<sup>6</sup> associé à un autre trouble des fonctions cognitives, langage, praxie<sup>7</sup> ougnosie<sup>8</sup>, étalé sur une durée de six mois et qui occasionne une répercussion significative sur les actes de la vie quotidienne. La plus fréquente est la maladie d'Alzheimer, elle représente plus de 70% des cas de démences.

## **1.1 Définition et chiffres significatifs à intégrer**

Découverte en 1906 par le neurologue Aloïs Alzheimer, l'origine de la maladie d'Alzheimer<sup>9</sup> reste encore à déterminer. L'état de la recherche scientifique à ce jour avance qu'elle résulte de prédispositions génétiques et de facteurs environnementaux qui provoquent une atteinte des fonctions supérieures.

Souvent associée à la perte de la mémoire, ce sont les neurones localisés dans la région de l'hippocampe siège de la mémoire, qui sont les premiers atteints. Cependant d'autres zones du cerveau seront graduellement touchées, occasionnant l'altération des capacités d'orientation dans le temps et dans l'espace et la déprogrammation des gestes habituels. C'est donc une maladie neuro-dégénérative, qui occasionne la mort progressive des neurones. S'il est certain qu'il demeure encore de larges zones à explorer sur cette pathologie, il est toutefois à noter qu'elle a largement dépassé le champ du médical, pour se transformer en expression courante du langage commun.

En France, 860 000<sup>10</sup> personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées avec une prévalence de 225 000 nouveaux cas par an. La maladie d'Alzheimer touche 5% des plus de 60 ans, 15% des plus de 85 ans, elle est la 4<sup>ème</sup> cause de décès.

Dans le monde, l'espérance de vie d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer est d'environ une dizaine d'années bien qu'un malade sur deux ne soit pas diagnostiqué en tant que tel, faute de moyens suffisants, de temps d'investigations et du fait que seule l'autopsie permet un diagnostic de certitude de la maladie.

---

<sup>5</sup> Source : Manuel officiel de la formation assistant soins en gériatrie - Chapitre 2 - Pages 7-9

<sup>6</sup> Processus de formation des idées.

<sup>7</sup> Ensemble des fonctions de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires de base dans le but d'accomplir une tâche donnée. Source : wiktionary.org. Consulté de 22/08/2011

<sup>8</sup> Impossibilité de reconnaître des objets, alors que les fonctions sensorielles (vision, audition, toucher, etc...) sont normales. Source : vulgaris-medical.com. Consulté de 22/08/2011

<sup>9</sup> Source : Manuel officiel de la formation assistant soins en gériatrie - Chapitre 3 - Pages 10-13

<sup>10</sup> Source INSEE (institut national des statistiques et des études économiques).

Saint-Martin n'échappe pas à ce principe, en effet peu de patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont diagnostiqués par manque de dispositif de dépistage, même si les instances nationales et les politiques locales y accordent un véritable intérêt.

Cette mort progressive des neurones du sujet atteint de la maladie d'Alzheimer, va générer des troubles de la mémoire, du langage, de la praxie, du raisonnement et de la réflexion. Ces dysfonctionnements auront pour conséquence d'altérer la programmation des gestes habituels et de perturber l'orientation dans le temps et l'espace.

## **1.2 Troubles dominants et répercussions à prendre en compte**

Chez le sujet atteint de la maladie d'Alzheimer la déprogrammation cognitive annihile<sup>11</sup> « *toute volonté de faire* ». L'altération de la mémoire à court terme est le trouble le plus significatif de la pathologie qui s'aggrave par l'altération de la mémoire à long terme. On constate tout d'abord chez le sujet atteint, des difficultés à effectuer les tâches de la vie quotidienne, des difficultés de langage pouvant aller jusqu'à l'aphasie, la désorientation dans le temps et l'espace ; les humeurs changeantes voire de l'agressivité ainsi que le refus de s'alimenter et une perte progressive de l'autonomie, pouvant aboutir à une grabatisation<sup>12</sup>.

L'altération de la mémoire à court terme qui marque les premiers symptômes de la maladie va affecter la réalisation des tâches courantes de la vie : boutonner ses vêtements, écrire, utiliser des objets habituels, se laver. Il en est de même des oublis fréquents et répétitifs comme : fermer les portes à clé, des dates anniversaires, prendre ses médicaments. A cela, va s'ajouter l'embarras à se souvenir de la saison, du jour de la semaine, retrouver des objets et même à trouver son chemin. Ces différents éléments signalent l'existence de la maladie. Ainsi, la personne malade oublie le nom de personnes nouvellement rencontrées, des événements survenus les heures ou les jours précédents et rencontre des difficultés à retenir toutes nouvelles informations.

L'évolution de la maladie caractérisée par l'altération de la mémoire à long terme se manifeste par la perte des souvenirs d'enfance et de l'âge adulte, des changements d'humeur ou de comportement, voire de l'agressivité. Dans cette phase le patient Alzheimer perd ses capacités à saisir les notions abstraites et à suivre un raisonnement logique. Il a du mal à reconnaître les objets familiers et à distinguer le visage d'un proche. A cela s'ajoute des perturbations du langage et des mots qui se traduisent par la confusion du discours, l'invention de mots incompréhensibles, une gêne à suivre une conversation et à rester dans une logique de pensée.

---

<sup>11</sup> Source le robert de Poche : « briser la volonté de quelqu'un à faire... » Édit. Déc. 2005 P. 31.

<sup>12</sup> Processus par lequel une personne devient grabataire. Source : l'internaute.com. Consulté de 22/08/2011

Il convient aussi de souligner, dans certains cas, la perte significative de poids due à une diminution de l'odorat, du goût et de la détection des saveurs, transformant en véritable contrainte le temps des repas et la personne n'éprouve plus de plaisir à manger.

Les répercussions de cette incapacité à maintenir un lien social avec son environnement vont progressivement isoler le malade et perturber le lien familial. Le patient peut être amené à se replier sur lui-même et se retrouver dans un état de dépendance progressif. Cette perte d'autonomie signe l'entrée dans une dégradation par pallier de l'état de santé du patient, le conduisant vers la grabatisation pour aboutir lentement à la fin de vie.

Le dérèglement des « *grandes fonctions de l'esprit* » : perception, langage, raisonnement, décision et mouvement, démontre toute la complexité de la maladie d'Alzheimer. Il impose pour une prise en charge de qualité, d'intégrer au projet de soins, voire au projet d'établissement, une conception architecturale et un environnement adapté à cette pathologie.

En conséquence pour enrichir ma réflexion je vais questionner les préconisations, orientations et recommandations en direction des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer admises en EHPAD.

### **1.3 Préconisations, orientations et recommandations**

En avant propos de son œuvre intitulée : « *l'habitat des personnes âgées du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer* », Philippe DEHAN nous précise qu'en France la prise en charge institutionnelle des personnes âgées, impose l'aboutissement progressif à l'idée de la chambre individuelle avec salle d'eau adaptée et à des espaces et des services collectifs plutôt développés. Selon ce dernier, l'impact de l'architecture est particulièrement prégnant sur les PA et les erreurs, les mauvais choix ont de grandes conséquences sur leur vie.

L'auteur précise que l'architecture, l'organisation spatiale, les détails techniques et décoratifs (sols, couleurs, signalétiques, mains courantes, etc..) doivent être pris en compte dans les projets de création de nouvelles structures et de réhabilitation de structures existantes. Il précise que cela permet de faciliter le travail des soignants et d'améliorer la vie des résidents, même très dépendants, en préservant la vie sociale et l'autonomie.

Aussi l'auteur tente à travers cet ouvrage de proposer aux acteurs, décideurs, organisateurs, gestionnaires et concepteurs un savoir-faire respectant les exigences

actuelles prenant en compte l'intégration intergénérationnelle et la prise en charge de personnes désorientées.

Les recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD élaborées par la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), largement diffusées, ont pour objectif de préserver au mieux l'autonomie et la citoyenneté des PA en établissement d'hébergement. La rubrique trouble du comportement, met en évidence qu'un environnement rassurant et calme, l'attitude des soins, une organisation de travail ne mettant pas le résident en situation d'échec et la tolérance par la structure de la déambulation, peuvent faire diminuer considérablement l'apparition d'agressivité.

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM), dans son recueil de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, axé sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, propose des pistes pour offrir aux usagers la meilleure qualité de vie possible. Elles s'inscrivent dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, en s'appuyant sur les mesures n°1<sup>13</sup> et n° 16<sup>14</sup> du plan Alzheimer 2008/2012.

Le principe directeur de ces recommandations est de faire émerger une réflexion autour d'une prise en charge globale et non segmentée de l'usager. Assurant ainsi pour l'usager, le maintien et/ou la restauration de son autonomie, dans un environnement où son équilibre et son bien-être sont pris en compte et où la stabilité des repères et des relations est privilégiée.

C'est à travers le projet d'établissement, que doit être réalisé un « *état des lieux* » permettant d'élaborer une stratégie. Intégrer la mise en place de moyens de prévention de l'apparition de troubles psychologiques et comportementaux, grâce à un cadre de vie chaleureux, alliant sécurité et liberté, un accompagnement attentif et respectueux et des activités adaptés.

L'élaboration d'un projet de soins, permet de prendre en compte la place des aidants, d'encourager l'adhésion des associations de familles et surtout d'ouvrir la structure sur l'extérieur afin de favoriser les liens sociaux et familiaux.

Il n'existe pas de modèle architectural unique, des normes existent principalement concernant les EHPAD et en France, toute liberté est offerte pour inventer des projets ayant pour objectif de répondre au contexte environnemental et au profil des résidents. Cependant, l'architecture et l'environnement d'un EHPAD doivent répondre à des

---

<sup>13</sup> Développement et diversification des structures de répit

<sup>14</sup> Création ou identification, au sein des EHPAD d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles du comportement

problématiques majeures, concilier sécurité et liberté pour le résident, optimiser les ressources et capacités en minimisant les risques.

En EHPAD, il est recommandé 90 à 95% de lits, en chambre individuelle d'une superficie minimum de 18 m<sup>2</sup> et de 35 m<sup>2</sup> pour les chambres à 2 lits.

Considérant que le vieillissement est une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit poursuivre son épanouissement, la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, reconnaît pour ces usagers un droit à la dignité.

Les institutions médico-sociales ont été créées avec pour seule finalité de répondre aux besoins des usagers. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénove l'action sociale et le médico-social en affirmant les droits des usagers. L'orientation qui nous concerne, est issue d'un des éléments qui constituent les droits fondamentaux des usagers, à savoir : le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée et la sécurité en positionnant ainsi l'utilisateur au centre du dispositif.

Le concept de dignité<sup>15</sup>, dans le sens du respect, de la considération de la personne, présente des implications directes en droit. Concernant les résidents Alzheimer, le manque d'espace de déambulation sécuritaire, peut nous amener à mettre en place une contention chimique ou physique non contrôlée, pour limiter les risques de chute. Ce qui peut représenter une atteinte à la dignité de la personne.

La mesure n°16 du plan Alzheimer 2008-2012, cible la création ou l'identification au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux dans l'optique de favoriser le maintien de leur autonomie.

Je vais vous présenter une collectivité territoriale française et son positionnement dans la prise en charge médico-sociale des populations vieillissantes.

---

<sup>15</sup> Source : Le droit des usagers dans établissements et services sociaux et médico-sociaux. 4<sup>ème</sup> Edition. P. 27 - 29

## **2 La Jeune Collectivité d’Outre-mer de Saint-Martin**

Située à plus de 8000 km de la France hexagonale et à environ 230 km de la Guadeloupe, l’île de Saint Martin est baignée au nord par l’océan atlantique et au sud par la mer des caraïbes.

Collectivité implantée dans l’archipel des petites Antilles, entourée de nombreuses îles Anglaises, Américaines et Hollandaises Saint-Martin a été préalablement commune du département de la Guadeloupe administrée par un maire. Devenu le 15 juillet 2007 collectivité territoriale d’outre-mer française, elle est depuis administrée par un conseil territorial et son Président en est l’exécutif.

Sa situation géographique l’a conduite à tisser des liens constants avec les îles voisines. Saint-Martin se singularise par son histoire : 134 nationalités s’y côtoient, (français, haïtiens, chinois, indiens, etc....) et bien que le français soit la langue officielle, l’anglais, langue d’expression commune, règne en maître : Saint-Martin est une région multiculturelle.

### **2.1 État des lieux<sup>16</sup> de la prise en charge des personnes âgées**

Le schéma transversal d’action sociale et médico-social de Saint-Martin diligenté par la Collectivité d’Outre-mer (COM) fait état dans son rapport, d’une réelle difficulté à établir le recensement de la population de personnes âgées. Il souligne entre autres, que le maintien à domicile de ce public est largement privilégié.

Celui-ci souligne l’inexistence d’autres structures d’accueil, faisant de l’EHPAD Bethany Home le seul lieu pour la prise en charge du handicap de la population de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. A ce titre il accueille des personnes de moins de 60 ans. L’institution a une capacité de 40 lits, auquel s’ajoute un service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de 30 places. Il est l’unique établissement d’accueil de l’île et son rôle est prépondérant.

Ce rapport dévoile l’environnement socio-économique critique de Saint-Martin qui fait que l’EHPAD accueille principalement des résidents socialement fragilisés, ainsi qu’un public issu de l’immigration. Cette situation a fait de lui un établissement ouvert aux résidents relevant de l’aide sociale.

Il ajoute que les conditions nécessaires à la prise en charge des personnes atteintes de pathologies neuro-dégénératives ne sont pas réunies, alors même qu’elle compte au nombre de ses résidents une dizaine de personnes atteintes de ces maladies. La vétusté des locaux et l’inadaptation de l’hébergement ne répondent pas

---

<sup>16</sup> Rapport sur l’état des lieux du schéma transversal d’action social et médico-social de Saint-Martin - diligenté par la COM.



aux exigences de la norme et, il est constaté qu'en dépit des moyens de surveillance mis en place, les résidents fuguent. La mise en conformité de l'EHPAD s'avère nécessaire.

Il met aussi l'accent sur l'inadaptation du dispositif de prise en charge des personnes âgées, aux véritables besoins des familles et souligne leurs insatisfactions. En effet, leurs attentes portent aussi sur des dispositifs de répit, qui seraient autant de solutions alternatives à l'hébergement complet : hébergement temporaire, accueil de jour.

Il est aussi pointé dans ce rapport le sous effectif en personnel d'encadrement à l'EHPAD, avec un turnover élevé, ceci dans un contexte où le recrutement en personnel soignant qualifié, reste difficile.

La carence de l'offre d'hébergement en établissement, mise en lumière à travers ce rapport est confirmée par les acteurs du terrain. Il est fait état du maintien à domicile dans des conditions difficiles de 31 PA<sup>17</sup> en état de dépendance<sup>18</sup> élevé, vivant dans un cadre de vie inapproprié. Il est aussi noté une saturation des lits de médecine, des admissions en service de psychiatrie et une hospitalisation souvent prolongée du fait de l'inexistence de solutions satisfaisantes pour la prise en charge de PA dépendantes. Nous allons aborder la synthèse des travaux du schéma territorial d'action sociale.

## **2.2 Synthèse<sup>19</sup> des travaux du schéma territorial d'action sociale**

La synthèse du schéma territorial d'action sociale dans le cadre du projet régional de santé notifie que compte tenu de l'inadaptation de l'EHPAD Bethany Home, des besoins repérés pour développer des actions de maintien à domicile de qualité et des actions de prévention à développer, il résulte des préconisations.

Le groupe handicap et vieillissement suggère de réfléchir à la transformation-extension de la structure existante en faveur d'une structure de 90 lits pour personnes âgées comprenant une unité d'hébergement renforcé (UHR) de quatorze lits pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, ainsi que deux lits d'accueil de nuit et également deux lits pour l'hébergement temporaire.

A cela s'ajouteraient 10 places dédiées à l'accueil de jour car, il conviendra de développer l'hospitalisation à temps partiel pour la prise en charge des usagers atteints de la maladie d'Alzheimer, ainsi qu'un Pôle d'Activité de Soins Adaptés (PASA) et un espace rencontre pour les familles pour favoriser le maintien à domicile, développer les

---

<sup>17</sup> Recensé en 2010

<sup>18</sup> Classifié GIR 1 – 2 « dépendant lourd »

<sup>19</sup> Avis de la commission de Saint-Martin, présenté à la conférence de territoire du 19 mai 2011

activités cognitives et entretenir le lien familial. Cette structure devant être sécurisée et de plain-pied pour inciter le maintien de l'autonomie.

Il sera indispensable d'informer et former sur la maladie et de réfléchir à la création de structure de répit pour les aidants familiaux. Le maintien à domicile des personnes âgées sera accompagné du développement de services à la personne (portage de repas, Télé Assistance, garde malade...).

L'amélioration du dépistage précoce des troubles sensoriels, par le biais de la création d'une instance territoriale de coordination gérontologique. La création d'une instance qui permettra de sensibiliser les personnes âgées aux bienfaits d'une alimentation équilibrée et aider à l'accompagnement psychologique de la famille, ces deux instances pourraient être rattachées au pôle solidarité et famille de la COM.

La mise en place d'une équipe mobile de gériatrie rattachée au CH ou à l'EPHAD, ainsi qu'une consultation mémoire pour le dépistage des patients Alzheimer seront une préconisation, voire une priorité.

Afin de mutualiser l'intervention des professionnels des structures hospitalières, (diététiciens, psychomotriciens, médecins, ergothérapeutes...), il sera nécessaire de créer un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ainsi qu'un comité local d'information et de coordination (CLIC), regroupant toutes les personnes qui sont dans le domaine de la gériatrie.

Pour améliorer la prise en charge de personnes âgées, il est indispensable de créer des lits supplémentaires (2/3), dédiés aux courts séjours gériatrie au centre hospitalier et de développer la formation Assistant Soins en Gérontologie (ASG).

## **2.3 Pré-cadrage du schéma régional d'organisation médico-sociale**

L'objectif du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) est de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux, relevant de la compétence de l'ARS, pour répondre aux demandes d'accompagnement de la population en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Il est élaboré et arrêté par la Directrice régionale de l'ARS Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy après consultation de la commission de coordination médico-sociale et avis du Président de la collectivité territoriale pour Saint-Martin.

C'est un outil de référence juridique qui traduit les grands axes de la structuration de la politique médico-sociale : réduction des inégalités entre territoires, accès au droit commun pour les usagers du médico-social et le développement du maintien à domicile.

Il en ressort de ce schéma : *« l'organisation d'une plate-forme de coordination gériatologique pluridisciplinaire, pour garantir une fluidité du parcours des usagers et faire émerger une filière gériatrique complète de prise en charge, qui devra être portée à la connaissance des usagers et de tous les professionnels impliqués, s'avère nécessaire ».*

La déclinaison par territoire émanant de la cartographie régional attribuée à la collectivité de Saint-Martin l'implantation de :

Pour les EHPAD :

- 1 à 2 EHPAD de 40 à 60 places.
- 1 hébergement temporaire de 10 places.
- 1 accueil de jour de 12 places.
- 1 PASA de 12 à 14 places.

Pour les SSIAD :

- 1 SSIAD de 25 à 35 places.
- 1 SSIAD Alzheimer (1 seule équipe au niveau régional ; l'implantation est à déterminer).

Je vais vous faire découvrir l'EHPAD Bethany Home, en visitant son cheminement historique, sa population, ses ressources humaines, ainsi que son aspect architectural et environnemental.

### **3 L'EHPAD Bethany Home**

#### **3.1 Cheminement historique de l'EHPAD Bethany Home**

L'arrête préfectoral n° 89-747D du 6 juin 1989 signe la création de la maison de retraite (MDR) Bethany Home d'une capacité de 40 lits dont 5 lits de cure médicale. À l'initiative du maire de l'époque Monsieur Albert FLEMMING, onze mois plus tard la structure accueille ses premiers pensionnaires.

Tout d'abord, confiée à une association loi 1901, la gestion est reprise le 1<sup>er</sup> mai 1993 par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de la ville de Saint-Martin en vertu de la délibération de son Conseil Municipal en date du 25 mars 1993. La MDR Bethany Home évolue en EPSMS autonome, par délibération de la collectivité de Saint-Martin le 1<sup>er</sup> aout 2007 et devient l'EHPAD Bethany Home. Son offre de services se voit élargie par la création d'un SSIAD le 14 février 2007 avec ouverture effective le 1<sup>er</sup> juillet 2008. Le budget prévisionnel 2011 de l'EHPAD approuvé par le CA de Bethany Home est de 2 913 192 € pour l'EHPAD et de 535 000 € pour le SSIAD.

Malgré une volonté affichée des directions successives d'améliorer le cadre de vie des résidents et de mise en conformité de la structure, la configuration reste la même et présente de nombreux risques pour la sécurité des résidents (chutes avec fractures, plaies...). Cette situation entraîne la régression de l'autonomie du résident et rend difficile le travail de prise en charge. Par ailleurs il est à souligner que les nouveaux résidents accueillis arrivent dans un état de plus grande dépendance (maladie d'Alzheimer et les maladies neurodégénératives), alors même que la configuration de la structure ne répond pas aux conditions de vie des personnes âgées et à la prise en charge de résidents atteints de pathologies lourdes.

#### **3.2 Population hébergée**

Le 21 mars 1991 le Conseil Général de la Guadeloupe par arrêté, ouvre la maison de retraite (MDR) Bethany Home aux bénéficiaires de l'aide sociale. Les résidents sont principalement natifs de Saint-Martin et peuvent aussi provenir d'autres territoires, tels que Saint Barthélémy, Guadeloupe, Anguille, Saint-kitts, France hexagonale et de Belgique. Le taux d'occupation à ce jour est de 100% avec une liste d'attente constante.

La population actuelle accueillie à l'EHPAD Bethany Home est de 40 résidents dont 58,54% sont classés GIR<sup>20</sup> 1-2 (dépendants lourds). Une dizaine d'entre eux présente

---

<sup>20</sup> GIR (Groupe Iso-Ressource) calcul réalisé en Avril 2011

des troubles de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées soit plus de 32,5% de l'effectif. Le Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré (GMP) est de 750,49<sup>21</sup>.

Toute nouvelle admission est « *le parcours du combattant* » et m'impose ainsi qu'à l'équipe des trésors d'imagination : changements souvent dans l'urgence, de résidents d'une chambre à l'autre, d'un étage à l'autre, perturbant les repères déjà établis.

### **3.3 Structure des ressources humaines**

En conformité avec la Charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante accueillie, l'EHPAD s'est donné pour mission la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en leur garantissant les meilleures conditions de vie.

La direction de l'établissement, pendant près de 20 ans, a été confiée à un Cadre Supérieur de Santé et ce n'est qu'en janvier 2009 qu'un Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social issu de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) a été affecté à l'EHPAD Bethany Home.

Depuis juillet 2010, suite au départ du Directeur, le poste resté vacant est occupé par des Directions intérimaires. Au 31 août 2011, l'effectif de 63 agents se répartit en 29 agents titulaires de la fonction publique hospitalière et de 34 agents contractuels. La répartition est la suivante : 55 agents sont affectés à l'EHPAD, une vingtaine est en charge des soins. Les fonctions d'animation, de logistique et administrative sont réparties entre les autres agents. Huit agents sont affectés au SSIAD.

Outre les contraintes d'organisation, cette situation induit une gestion opérationnelle au quotidien de l'effectif en place, reposant essentiellement sur du personnel contractuel. Une telle organisation étant de nature à rompre la fragile stabilité du rythme de vie au quotidien du résident Alzheimer.

De plus, ce turnover élevé conduit l'établissement à faire appel dans l'urgence à du personnel faiblement qualifié, ne disposant pas toujours des compétences requises pour prendre en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement.

Néanmoins deux aides-soignants ont déjà bénéficié de la formation d'ASG et deux autres sont en cours de formation, dans l'optique de développer des compétences adaptées à la prise en charge du résident Alzheimer.

Il convient de souligner que le personnel du service de soins démontre sa forte implication à offrir aux résidents un service de qualité en dépit de l'alourdissement de la charge de travail occasionné par la configuration éclatée de l'établissement. Cette

---

<sup>21</sup> GMP réalisé en avril 2011

situation provoquant de nombreuses contraintes, développe des zones de tension dans l'environnement de travail des agents.

Par ailleurs, cette configuration impose de planifier un effectif journalier constitué d'une infirmière, quatre aides-soignants (AS) du matin, un AS en journée, deux AS du soir. Cette organisation mise place en concertation avec l'équipe de soins a obtenu l'aval de la Direction, elle vise à compenser la carence liée à l'architecture, à garantir la sécurité des résidents et à assurer la continuité des soins.

### **3.4 Architecture et aménagement de l'environnement**

Éléments extraits de ma note d'observation : l'EHPAD Bethany Home est proche du centre ville de Marigot, des commerces, transports, services administratifs et financiers, et du front de mer. Bien qu'implanté au cœur de la cité, la configuration urbaine isole l'institution de son environnement social et peu de résidents valides se projettent hors des murs de Bethany Home.

D'une capacité de 26 chambres individuelles ou doubles équipées de terrasse pour certaines, l'EHPAD Bethany Home accueille 40 résidents réparties sur 3 niveaux. Composé de trois bâtiments éclatés desservis par deux escaliers au milieu desquels se trouve posée, une cour intérieure couverte, qui aboutit dans son aile gauche à des chambres et dans son aile droite aux services généraux. Le rez-de-chaussée de la structure ouvert sur la rue est réservé à l'accueil.

Véritable vitrine de la structure, la cour intérieure couverte, prosaïquement appelée « espace de vie », est dédiée à l'ensemble des activités et à la prise en charge du résident. Cet espace multifonction est réservé à la socialisation, l'accueil des familles, aux activités, à l'organisation de manifestation, fêtes, anniversaires...

Cet espace sert également aux soins, à la prise des repas et à l'animation. C'est aussi le seul espace de déambulation « *sécurisé* » dont disposent les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Passage obligé pour tous, chacun y séjourne. Le parking réservé au personnel et aux familles, longe l'accès d'entrée du bâtiment.

De couleur uniforme, les murs et les poutres de l'espace de vie sont jaunes clairs, le plafond blanc et les espaces peu matérialisés se confondent. L'espace de vie est le lieu où transitent tous les usagers de l'EHPAD. Occupé en permanence par les résidents et le personnel en poste, fréquenté par l'ensemble des usagers, cet espace de vie ne fournit aucune information permettant de se retrouver. Il n'existe pas d'affichage règlementaire et aucune solution n'a pu être pour l'heure apportée, alors que ces éléments participent au maintien des fonctions cognitives et sont générateurs de

repères dans le temps. (*Absence d'affichage : année, activités, menus et autre événements particuliers*).

L'espace de soins et la salle de détente pour le personnel, séparés par un salon télé multifonction jouxtent l'espace de vie. Le bureau de l'animatrice et des toilettes avec douches sont implantés dans ce même salon télé.

Ce salon télé destiné à une multitude d'utilisation, culte, réconfort spirituel, repos, animation, réunions, repas, voire même isolation occasionnelle d'un résident limite la diversité des activités qui pourraient être proposées. Alors qu'il est préconisé d'alterner aux activités cognitives en petit groupe des temps de détente visant à limiter les situations d'échec dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cet espace impersonnel entrave l'intimité du résident et décourage tous maintiens de liens durables avec les aidants.

Les services généraux situés dans l'aile droite abritent dans une distribution successive, la buanderie, la lingerie, le salon de coiffure, le bureau du Cadre de Santé, le restaurant, la cuisine pour aboutir au portail qui ouvre sur l'accès véhicule. L'aile gauche accueille sept chambres de résidents dont trois individuelles et quatre doubles pour un total de douze résidents à faible mobilité et grabataires.

L'Etablissement n'est visible dans son intégralité qu'à travers le seul écran de contrôle placé dans l'espace de vie : pas de visibilité ni de contrôle sur la circulation des usagers, les coursives, l'entrée des chambres et le jardin, tous situés à l'arrière des bâtiments.

Le premier étage est occupé par le service administratif, six chambres individuelles et six doubles, pour une capacité d'accueil de dix-sept résidents. Les étages sont desservis par des escaliers prévus pour les résidents valides et le monte-malade aboutit au 1<sup>er</sup> étage, donnant accès direct au jardin extérieur arboré. Bien qu'offrant un cadre agréable, ce jardin arboré est peu praticable pour les résidents du fait de la topographie escarpée du terrain. La déambulation du résident Alzheimer est impossible compte tenu de l'escarpement du lieu. Il est à souligner que les espaces les plus accessibles sont actuellement utilisés en parking par les véhicules de l'EHPAD et du SSIAD.

Le deuxième étage accueille sur son aile droite trois chambres individuelles et quatre doubles pour un total de onze résidents. En dénivellement sur son aile gauche on retrouve la salle de réunion, les vestiaires du personnel et le bureau du SSIAD tous desservis par un escalier. Cette configuration architecturale exclut de fait l'accès des lieux aux personnes à mobilité réduite.

L'ascenseur qui dessert le deuxième étage est utilisé par les résidents à mobilité réduite. Les conditions d'utilisation du monte-malade et de l'ascenseur, imposent l'assistance systématique d'un soignant lors des déplacements du résident ce qui a pour

conséquence de le maintenir en état de dépendance et de compromettre son autonomie. Par ailleurs, l'état de vétusté de l'ascenseur souvent hors d'usage entrave les déplacements du résident, le contraignant à garder la chambre.

La gestion de la sécurité des résidents présente un risque sérieux : pas assez de rampes, les sols ne sont pas antidérapants, les espaces de repli en temps de pluie sont réduits, l'installation électrique dans l'espace de vie n'est pas aux normes et la circulation des résidents, du fait de la configuration architecturale, peut échapper au contrôle du personnel.

On constate que : la réglementation en vigueur n'est pas respectée dans son intégralité et l'esprit de la loi du 2 janvier 2002 ne peut en l'état être appliqué. Cette situation ne permet pas de promouvoir l'autonomie et la protection des résidents et ne concourt pas à ralentir le processus d'aggravation de la maladie d'Alzheimer. De plus la configuration architecturale ne favorise pas véritablement le respect de l'intimité du résident.

Néanmoins, des améliorations sensibles ont été apportées ; toutes les chambres sont équipées d'une salle de bain avec douche et WC et dotées d'un système d'appel. Le réaménagement du mobilier des chambres en lits électriques à hauteur variable, armoires, chevets, adaptables et fauteuils de repos et les résidents sont encouragés à apporter leurs objets personnels. Au fil du temps ces aménagements ont contribué à assurer aux résidents une qualité de vie et permis d'offrir aux agents de meilleures conditions de travail. De plus le professionnalisme du personnel fait que les résidents sont pris en charge avec respect en tentant de préserver au maximum leur autonomie.

Je vais procéder à l'analyse des données obtenues, issues des entretiens sur un échantillon de 11 personnes que je vais croiser à ma note d'observation pour les confronter à mes hypothèses de départ.



## 4 Analyse des données

L'analyse des entretiens réalisés, a permis de mettre en évidence que les sondés, ont une réelle compréhension de la maladie d'Alzheimer : ils savent la décrire, ont conscience de l'évolution insidieuse de la maladie et pensent que la prise en charge actuelle à Saint-Martin reste insuffisante. Le chapitre suivant nous permettra de percevoir la vision qu'ils ont de la maladie et du plan Alzheimer.

### 4.1 Perception de la maladie, du plan Alzheimer et des structures d'accueil

Si j'ai fait le choix d'interroger la perception de la maladie et de troubles, c'est que de mon point de vue, il était nécessaire d'avoir un minimum de connaissances pour répondre aux autres questions posées, cependant quelques personnes ont vécu ces questions comme un contrôle de connaissances. Toutefois sur un échantillon de onze personnes interviewées, la moitié a pu mettre l'accent sur la notion de pathologie évolutive. L'échantillon dans son intégralité fait ressortir que la maladie se manifeste par un certain nombre de troubles. S'agissant des élus interrogés, par ailleurs professionnels issus du secteur de la santé (médecin et cadre de santé) ils ont une connaissance précise des symptômes de la maladie ; il en est de même pour le médecin et les paramédicaux de l'établissement. Une infirmière intervenant à domicile met en lumière les difficultés que rencontrent les familles en charge de ces malades, l'expression utilisée est éloquente : « ...c'est un réel **bouleversement** pour les familles... ».

Les usagers (famille et aidant) ont pour leur part illustré à travers leurs mots et par des témoignages s'appuyant sur leur expérience, la connaissance qu'ils ont de la maladie. Il en ressort pour eux, que la maladie d'Alzheimer se traduit par des troubles de la mémoire, un déclin des fonctions cognitives, le plus souvent associés à des troubles psychologiques et comportementaux.

Un usager décrit cette pathologie en disant : « *c'est la maladie de l'oubli, avec des sautes d'humeur, le refus d'écouter, avec une perte de coordination au niveau de la marche, de la pensée, de l'écriture et du parler* ». Il ajoute : « *...mais ce qu'ils apprécient le plus c'est la tendresse, la gentillesse et les mots doux...* », avec un petit sourire en coin...

Un autre usager exprime son ressenti : « *... il y a comme une impression de refus de la famille, des enfants, ils ne les reconnaissent même plus...* ». Puis il ajoute : « *...c'est comme une perte des repères, associé à un comportement agressif ...* » puis il secoue

la tête, comme pour dire « *c'est une sacrée maladie* ». Cet usager a aussi mis l'accent sur le fait que des situations de dépendance à domicile résultent aussi de cette maladie.

Quatre des personnes questionnées ont le sentiment que cette pathologie est la première cause d'entrée en établissement. La perte d'autonomie a été mise en exergue par sept personnes sur onze.

L'ensemble des personnes interrogées, à l'exception d'une, a entendu parler du plan Alzheimer mais la mise en œuvre de ce dispositif sur le terrain, pour certains ne leur permet pas de cerner sa réelle efficacité. D'ailleurs trois disent ne rien en retenir. Pour deux autres, ce plan manque de crédibilité. Seule une personne interrogée (responsable politique) le décrit comme suit : « *...c'est un plan destiné à harmoniser la prise en charge et la répartition des ressources qui est effectuée par l'ARS par le biais d'appel à projet...* ».

Toutefois, le plan Alzheimer évoque pour son essentiel : sécurisation, espace de déambulation, accompagnement des familles, budget, crédits, amélioration de la prise en charge, formation des agents, création de structures nouvelles, amélioration des structures existantes...

Pour ce qui est des structures dédiées, sur les onze personnes interviewées, six avaient déjà visité une structure accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Pour elles, le modèle le plus courant est de type maison familiale, souvent vitrée, avec un comptoir de cuisine centrale dans l'espace de vie facilitant ainsi, la réalisation d'activités cognitives. La distribution de l'espace fonctionnel favorise la circulation, les chambres se situant en général autour de la salle de soins contrairement à l'hôpital où elles sont alignées dans un couloir.

Les structures sont de plain-pied, éclairées par la lumière du jour, avec un réel espace de vie et de relations. Les espaces verts (jardins) tout en étant sécurisés tiennent compte de la liberté d'aller et venir des résidents. De nombreux espaces sont dédiés aux activités et à l'accueil des familles. Il est mis en exergue que ces structures offrent l'opportunité d'effectuer un réel travail sur la dépendance tout en permettant la prise en charge des soins de santé.

Il s'agit dans les trois chapitres qui vont suivre de croiser les hypothèses découlant de ma question de départ aux résultats des entretiens réalisés et aux éléments mis en évidence dans ma note d'observation.

## **4.2 Architecture et loi du 2 janvier 2002**

Pour vérifier la première hypothèse, je vais m'appuyer sur les perceptions des interviewés et sur ma note d'observation pour considérer la conception architecturale de

l'EHPAD Bethany Home. Afin d'identifier les différents points présentant des obstacles au respect de la loi du 2 janvier 2002. Puis, je mettrai en évidence les éléments ressortis des interviews et visant la mise en place d'un cadre de vie plus adapté aux usagers atteints de la maladie d'Alzheimer.

Les éléments qui émanent des entretiens font référence au style architectural de l'EHPAD Bethany Home inspiré du modèle hôtelier lui-même issu du modèle hospitalier. Architecture verticale imposant une prise en charge collective avec peu d'espaces intimes.

La configuration architecturale actuelle est complexe pour des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer : étages démultipliés, nombre important de dénivelés, espaces extérieurs réduits. L'espace de vie au rez-de-chaussée, d'allure sympathique reste cependant proche du confinement. À l'arrière de l'établissement les espaces verts en pente de colline abrupte, représentent de sérieux risques pour la déambulation.

Par ailleurs, selon une Directrice, la configuration en étage pourrait rendre l'évacuation difficile en cas d'incendie. Il en ressort toutefois deux points positifs : un système d'appel malade et d'alarme incendie en parfait état de fonctionnement.

Les éléments recueillis démontrent qu'une reconstruction s'avère indispensable. A cet effet et pour l'un des Directeurs : *« ... il ne s'agit pas de culpabiliser, lorsqu'on envisage une construction nouvelle mais d'adapter la structure pour que les résidents atteints de pathologies les plus lourdes puissent vivre un quotidien, qui ralentisse la dégradation autant que faire se peut et que les autres puissent vivre une vieillesse la plus épanouie possible... »*.

La loi du 2 janvier 2002 place l'utilisateur au centre du dispositif médico-social. Outre l'obligation de mettre en place un projet d'établissement et des projets individualisés destinés à préserver l'autonomie et à favoriser l'insertion, cette loi garantit pour le résident la prise en compte du respect de sa dignité, son intégrité, sa vie privée, son intimité, tout en préservant sa sécurité.

Pour ce qui a trait à la préservation de l'intimité du résident, l'architecture actuelle ne permet pas d'en tenir compte, voila à ce propos l'avis du médecin : *« ...la collectivité tue l'intimité ; la seule façon de préserver l'intimité d'une personne est de lui dédier un logement à partir duquel tout peut se faire pour elle, avec le choix ou non de se mélanger aux autres... »*.

Ma note d'observation a mis en évidence les différents rôles que jouait cette cour intérieure, prosaïquement appelée espace de vie, mais qui du fait de son implantation demeure la vitrine de l'institution. Espace multifonction de taille restreinte, cet unique lieu de vie permet la socialisation, l'accueil de familles, la mise en place d'activités, et

l'organisation de manifestations, de fêtes, d'anniversaires, de soins, de repas, d'animations et de déambulation. Cet espace ne garantit au résident aucun respect de son intimité, de son intégrité, voire de sa dignité : les espaces sont encombrés par du mobilier limitant les déplacements ainsi que la déambulation.

La loi du 2 janvier 2002 impose également l'organisation de la sécurité des résidents. Cependant par temps de pluie, le carrelage glissant constitue un risque d'insécurité qui entrave les déplacements tant des résidents que du personnel. Pour remédier à la situation, les déplacements des résidents nécessitent l'assistance du personnel ce qui ne favorise pas l'autonomie.

Les suggestions suivantes ont été émises par les interviewés en préconisation d'un cadre de vie plus adapté aux besoins des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Une structure de plain-pied avec des repères visuels stimulerait le résident à se déplacer. L'aménagement de chambres individuelles préserverait l'intimité des usagers et permettrait d'entretenir des liens sociaux. L'aménagement d'un véritable espace de vie répondant à la mise en place d'activités cognitives aurait pour effet d'assurer sa socialisation. L'aménagement d'un espace de déambulation ainsi que l'accessibilité à un jardin stimuleraient le résident à aller et venir en toute sécurité et participeraient au maintien de son autonomie.

Il est à souligner que ces améliorations auraient pour avantage d'éviter la mise en contention et le maintien en chambre du résident.

L'analyse des entretiens, croisée à ma note d'observation, valide l'hypothèse, selon laquelle l'architecture de l'EHPAD Bethany Home ne permettrait pas à l'utilisateur Alzheimer d'accéder à l'ensemble de ses droits tel que le prévoit la loi du 2 janvier 2002.

La partie suivante nous conduira donc à dresser l'état des lieux de l'aménagement de l'environnement et d'explorer les différentes pistes permettant de remédier au déficit architectural actuel.

### **4.3 Aménagement des espaces visant le maintien de l'autonomie**

L'échantillon interviewé admet à l'unanimité que la construction d'une nouvelle structure s'impose. M'appuyant sur les conclusions de ma note d'observation et des différents éléments émergeant des entretiens réalisés, j'aborderai dans l'ordre chronologique les données suivantes : tout d'abord les espaces dédiés, les repères dans le temps et l'espace, puis la déambulation, les chambres et le jardin.

La quasi-totalité des personnes interrogées (9/11) est consciente que les espaces dédiés restent insuffisants, et se limitent au seul espace de vie et au salon télé. Six personnes affirment que ces espaces manquent de chaleur, deux disent qu'il est sans

âme et quatre le désigne comme un lieu impersonnel. Une soignante déplore l'absence d'espace permettant de mettre au calme un résident agité ou encore d'une salle de relaxation. Une autre soignante ajoute pourquoi ne pas créer un espace sensoriel au cœur de cette espace de vie pour stimuler et maintenir en éveil nos résidents Alzheimer.

Les personnes interrogées sont nombreuses (8/11) à rappeler que les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ont besoin de lieux d'échange, de vie, d'intimité ou de lien avec les familles. Pour l'un des directeurs, il conviendrait d'accorder une attention particulière aux espaces dédiés, notamment les espaces d'activité. Il ajoute que l'occupation par le biais d'activités cognitives constitue la meilleure thérapie pour accompagner le ralentissement de l'affection.

Deux soignants précisent que les résidents Alzheimer facilement distraits, ont besoin de lieux spécifiques qui permettraient de les maintenir en état d'éveil et de centrer leur attention. (Sachant que toute perturbation lors d'activité peut entraîner une situation d'échec).

S'agissant de la matérialisation des lieux et de l'organisation des espaces concourant à maintenir les repères dans le temps et l'espace du résident, sept personnes sur onze signalent l'absence d'affichage de la date du jour, de l'année, des activités, des menus et autres informations destinées aux résidents. Quatre personnes sur les sept précisent que le maintien des fonctions cognitives, est stimulé par de l'information. Ce constat remonté des interviews réalisées, avait également été pointé dans ma note d'observation.

Concernant la signalétique, trois personnes sur onze, constatent qu'elle est quasi inexistante et qu'il manque des repères visuels. Une soignante souligne : « ... *que les chambres ne sont pas clairement identifiées, le numéro inscrit en petit caractère est peu visible... il manque une touche personnelle...* ». Sur ce point il est précisé dans ma note d'observation que : « ... *l'uniformité est de mise, ce qui ne facilite en rien les repères pour que les résidents Alzheimer retrouvent leurs chambres...* ».

Pour ce qui est de la déambulation, l'ensemble des interviewés pense qu'un réel espace de déambulation est indispensable. Six d'entre-elles indiquent que la déambulation n'est possible en toute sécurité que dans l'espace de vie. Pour trois personnes, le manque de rampes de sécurité limite la déambulation et entraîne les contentions ce qui a pour conséquence de réduire l'autonomie du résident.

En ce qui concerne les chambres, cinq personnes sur onze précisent qu'en outre du numéro porté en tout petit caractère, l'absence d'autres signes de matérialisation réduit de façon considérable les repères dans l'espace de l'usager Alzheimer qui ne peut établir aucun lien visuel pour se retrouver.

Il est également mis en évidence que le manque d'équipement en rampes de sécurité des salles de bains décourage toute prise d'initiative du résident.

Enfin, l'ensemble des personnes interrogées insiste sur la nécessité de disposer d'un jardin praticable ; un directeur rappelle que l'accessibilité doit être possible sans obstacle. Un usager pense qu'un jardin permettrait d'occuper les résidents autour d'activités de jardinage, ce qui le valorisait à travers le travail effectué.

En conclusion, les personnes interrogées affirment que l'environnement de l'EHPAD Bethany Home, n'est pas adapté à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Qu'en l'état actuel, il ne permet pas de retarder le processus d'évolution de la pathologie.

Le chapitre suivant permettra de vérifier si l'environnement est propice à la préservation des liens entre les résidents et les aidants.

#### **4.4 Environnement et préservation des liens**

Dans ma note d'observation l'accent a été porté sur l'implantation géographique de l'EHPAD Bethany Home qui, bien que proche du centre ville de Marigot, ne maintient pas le lien social entre le résident et son environnement.

Seuls quelques aidants concourent avec le personnel au service du repas de midi, il en est de même des visites effectuées par quelques familles. A ce sujet une soignante précise : « ...le lien familial est primordial, ainsi que les aidants et bénévoles ils ont toute leur place à l'EHPAD... » Elle ajoute de plus « ... qu'ils pourraient donner des précisions sur les habitudes de vie des résidents... ».

Selon une élue, même si l'EHPAD dispose de peu d'espaces privés, la nécessité de maintenir du lien entre les aidants et les résidents s'impose. Elle participe aux repères du résident Alzheimer et permet de faciliter la relation de confiance entre le personnel et le résident.

Toutes les personnes interrogées déplorent l'inexistence d'un lieu d'accueil à l'intention des familles et d'un espace intime pour partager un repas, regarder un film, voire se rappeler des souvenirs. Plusieurs personnes regrettent la possibilité pour les familles de commander un repas et de le partager avec le parent Alzheimer, une telle possibilité serait de nature à sortir le résident de son isolement en maintenant et consolidant le lien familial.

L'étude de ces données me conduit à préconiser un plan d'action correctif permettant de remédier aux anomalies décelées.

## **5 Un Plan d'action visant à valoriser l'offre de service**

L'implantation géographique et l'histoire de l'île de Saint-Martin font de cette région un lieu idéal pour la prise en charge des PA et singulièrement des PA souffrant de la maladie d'Alzheimer, ou de maladies apparentées. En effet le climat y est propice, les liens familiaux forts, les valeurs en terme de respect des aînés bien ancrées et la solidarité des habitants très marquée. De plus le brassage des cultures est un atout, car, plus d'une centaine de nationalités se côtoient et vieilliront ensemble. Cela laisse augurer de création de liens sociaux multiculturels d'une portée internationale et d'enrichissement personnel pour tous.

La synthèse des travaux issue du schéma d'action sociale, présentée dans le cadre de la conférence de territoire, permet de penser que les autorités en charge de la politique médico-sociale ont pris la décision d'offrir aux personnes âgées de l'île, la possibilité de bien vieillir dans un cadre plus proche de leurs besoins. Les enseignements qui ressortent de l'étude réalisée démontrent sans conteste l'urgence et la nécessité de moderniser l'établissement actuel pour le faire évoluer vers une nouvelle structure répondant aux obligations réglementaires. La mise en œuvre d'un tel projet induit des contraintes sensibles. (Projet de construction, délai, financement, ...).

Dans l'attente de la mise en place d'un projet d'une telle envergure, il paraît accessible en l'état actuel de procéder à des actions correctives nécessitant certes de mobiliser des moyens (financiers, humains), mais toutefois réalistes.

Ainsi à court terme, mon action vise à réhabiliter l'espace de vie et poursuit un double objectif. Tout d'abord, améliorer la qualité des prestations rendues en établissement médico-social à nos résidents au regard de la loi du 2 janvier 2002 et aussi, à réduire l'écart entre la qualité du service délivrée par l'EHPAD et les recommandations de l'ANESM. (Un cadre de vie chaleureux et protecteur dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée)

### **5.1 Environnement : source de repères et de bien-être**

Bâtie autour de quatre axes clés mon action à court terme vise, la création d'un espace sensoriel, l'émergence d'un espace privatif, la matérialisation du temps et de l'espace.

L'analyse des données, croisée à ma note d'observation font ressortir des éléments identifiant l'espace de vie comme l'unique lieu d'activité pour l'ensemble des usagers de l'établissement. Les personnes interrogées le décrivent impersonnel et sans âme. Six d'entre elles affirment que cet espace manque de chaleur.

Une aide-soignante suggère la création d'un espace sensoriel au cœur même de cet espace de vie qui aurait pour finalité de stimuler et de maintenir en éveil les résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Pour un budget raisonné, il s'agira de valoriser un espace aujourd'hui peu attrayant. L'espace sensoriel, conçu d'une volière et d'une cascade d'eau, viendra s'intégrer au sapotillier<sup>22</sup> qui surplombe le lieu. La volière, d'une hauteur de 2m40, prévue pour accueillir une dizaine d'oiseaux, apportera une touche plus harmonieuse à l'espace existant. Dans son prolongement viendra s'implanter une cascade d'eau composée de pierres volcaniques déjà sur place et non exploitées, équipée d'une pompe hydraulique. Cet équipement vise à produire l'effet cascade, à régénérer et filtrer l'eau afin de réduire le coût d'exploitation, du fait de la cherté de l'eau à Saint-Martin.

Au pied de la cascade agrémentée de plantes, le bassin aquatique accueillera une population de poissons destinée à limiter la recrudescence de larves de moustiques.

L'entretien de la volière, sera assuré par deux résidents, sous la responsabilité d'un agent du service technique. Cette organisation s'inscrira dans le projet de vie individualisé de ces deux résidents.

Le bénéfice pour le résident atteint de la maladie d'Alzheimer sera autant visuel, qu'auditif. Ainsi en retrouvant le chant des oiseaux et le ruissellement de l'eau induit par la cascade, le résident pourra renouer avec un environnement naturel. Il en est de même de l'aspect esthétique et visuel qu'apportera la cascade d'eau composée de pierres volcaniques. Cet aménagement participera au maintien de l'éveil du résident, à son apaisement, voire à lui procurer du bien-être.

Une élue, précise qu'alors même que l'EHPAD dispose de peu d'espaces privés, le maintien du lien avec les familles est cependant indispensable. Il participe à maintenir les repères du résident Alzheimer et à le sortir de son isolement. Les personnes interrogées déplorent aussi, l'inexistence de lieux d'accueil réservés aux familles et mettent en évidence le manque d'intimité.

Il conviendra donc, de faire émerger au niveau de l'espace de vie actuel un espace privé, situé à proximité du bureau médical devant le poste de soins. Les murs, de couleur vert d'eau matérialiseront les lieux équipés de fauteuils confortables et agrémentés de plantes. Ce lieu sera réservé aux résidents pour accueillir leurs familles. Outre la convivialité et la création de liens sociaux, la finalité visée fait aussi appel au respect de l'intimité du résident et de sa famille tel que le prévoit la loi du 2 janvier 2002.

---

<sup>22</sup> Arbre de taille moyenne qui peut atteindre 35 m de haut et dont le tronc ne dépasse pas 80 cm de diamètre.



L'espace de vie, vitrine de l'établissement, perçu par certaines personnes interrogées comme un lieu de confinement sera retouché. Les murs seront donc peints en blanc avec aux poutres une touche de couleur vert d'eau. Cette impression de volume, provoqué par le contraste des couleurs blanches et vert d'eau, remédiera à cette idée de confinement tout en portant une note « *zen...* ».

Quatre personnes précisent que le maintien des fonctions cognitives, est stimulé par de l'information. Ce déficit d'information, également pointé dans ma note d'observation, sera corrigé par la mise en place d'une signalétique destinée à améliorer les repères dans l'espace et d'une horloge dédiée à rétablir des repères dans le temps. Les trois dispositifs identifiés pourraient améliorer sensiblement le quotidien des résidents Alzheimer.

Tout d'abord le tableau d'affichage avec inscription et mise à jour régulière de la date, des activités du jour et événements spécifiques. Ensuite sur un autre tableau les menus du jour seront annoncés en français et en anglais du fait de la particularité régionale et du public accueilli. Enfin, un ensemble constitué d'une horloge avec balancier et d'un coucou horloge ancienne avec chant d'oiseaux, (*très prisée par cette tranche d'âge de la population caribéenne*), sera installé dans l'espace de vie pour rythmer la journée du résident Alzheimer et lui rappeler agréablement le déroulement du temps.

Pour un investissement mesuré, ces trois dispositifs participeront au maintien des repères dans le temps et l'espace du résident souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

## **5.2 Démarche, enjeux et argumentation du choix de l'action**

Ma fonction de Cadre de santé m'impose de façon légitime de concevoir des pistes d'amélioration de l'offre de service délivrée aux résidents. Aussi, depuis quelques mois je fédère l'équipe de soins autour d'un projet d'amélioration et de réhabilitation de l'espace de vie, qui s'inscrit dans la prise en charge non médicamenteuse des résidents Alzheimer.

Le cadrage du projet intitulé : « *plus de vie à Bethany Home* », conduit en collaboration avec l'équipe de soins, un aidant et le concours d'un architecte d'intérieur à aboutir à la structuration de l'espace sensoriel et à l'émergence d'un espace d'accueil permettant aux résidents de recevoir leurs familles. Élément constitutif du projet de soins, il devra s'intégrer au projet d'établissement.

Dès la validation des tutelles et de l'administration il sera constitué sous ma responsabilité de chef de projet, un groupe de pilotage chargé du déploiement du projet.

Constitué d'un résident, d'un usager, d'un agent du service technique, de deux soignants (IDE et AS), du médecin coordonnateur avec l'assistance technique d'un architecte d'intérieur, ce groupe de pilotage aura pour première mission de formaliser les dossiers administratifs et financiers.

Les moyens financiers nécessaires au déploiement de ce projet devront être négociés auprès de partenaires extérieurs. En effet, bien que mesuré, ce projet, non inscrit au budget, ne peut être supporté par l'établissement qui doit faire face à des contraintes financières limitant ses possibilités d'investissement. Par conséquent le soutien des partenaires financiers s'avère incontournable.

Dans cette optique, les contacts établis avec certains partenaires, notamment le LIONS CLUBS INTERNATIONAL de la Zone Saint-Martinoise (trois clubs) et des personnalités de l'île engagées auprès des personnes âgées, permettent d'envisager un soutien financier. Il en est de même pour la Fondation de France qui d'ores et déjà s'est engagée pour soutenir le volet équipement mobilier du projet. Ces différents engagements valident à mon sens la pertinence et le réalisme du projet qui devra être finalisé pour ce qui est de son volet budgétaire.

En effet, la fonction de Directeur d'EHPAD expose à une double responsabilité : à la délivrance d'une offre de service globale de qualité, s'ajoute aussi sa responsabilité économique. Ainsi, l'obligation qui lui est faite d'une gestion saine et rigoureuse, atteste de l'une de ses compétences primordiales.

A cette double responsabilité vient s'ajouter l'obligation de résultat dans les différents domaines du management. S'agissant donc du management d'équipe, il sera fait appel dès les premiers instants à l'adhésion de l'équipe de soins au côté du groupe de pilotage. L'intégration à la démarche projet de l'équipe de soins vise à fédérer l'ensemble du personnel autour de valeurs de qualité constitutive de la culture d'entreprise et à dynamiser la cohésion des équipes.

La rénovation de l'espace de vie permettra de réhabiliter l'EHPAD Bethany Home dans son environnement, pour l'ouvrir sur l'extérieur et de donner aux usagers l'envie d'y venir.

La formalisation d'un questionnaire de satisfaction et l'investissement des lieux par l'ensemble des usagers permettront d'évaluer la pertinence et la portée du projet.

Prévu pour le premier semestre 2012, le budget nécessaire à la réalisation du projet sera présenté lors de la soutenance.

Cependant ce projet pourra tout à fait évoluer, s'il en est besoin, pour s'étendre au rez-de-chaussée de la structure.

## Conclusion

L'état des lieux réalisé à l'EHPAD Bethany Home démontre l'existence d'un écart important entre la réglementation issue de la loi du 2 janvier 2002, les préconisations de l'ANESM et l'établissement. Par ailleurs, l'insuffisance et l'inadaptation de l'offre de service délivrée aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer viennent accroître cet écart.

En effet, l'architecture de l'édifice non prévue à l'origine pour accueillir des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et, en dépit des améliorations apportées, de sérieux aménagements de la structure resteront encore à réaliser.

Ce mémoire offre l'opportunité d'inscrire l'offre de service de l'établissement dans une recherche de qualité acceptable. S'il ne permet pas de traiter des questions de dysfonctionnements de fond, il préconise cependant des mesures correctives pouvant être réalisées à court, moyen et long terme.

L'action à court terme visant à améliorer l'espace de vie et à requalifier l'offre de service, s'inscrit dans un projet réaliste. La combinaison de l'ensemble des éléments, (moyens financiers, délai de réalisation et pertinence du projet...) laisse à penser que le résident pourra dans un délai de 6 à 10 mois bénéficier d'un espace de vie permettant de le réhabiliter dans sa dignité et son intégrité physique et morale.

Pour ce qui est du personnel en poste à l'EHPAD Bethany Home, ces améliorations seraient de nature à optimiser son activité et réduire ainsi les tensions issues de l'environnement.

S'agissant des actions à moyen terme, il conviendra d'accentuer les efforts sur la mise en place du projet d'établissement de l'EHPAD. Ce projet, à concevoir dans une vision stratégique, sera décliné en différents axes : Projet de soins, projet d'animation, projet social...

Les éléments contenus dans la présente étude pourront être exploités dans la structuration du projet d'établissement et servir d'aide à la décision. Au stade actuel la rédaction du projet « soins et prise en charge à visée non médicamenteuse », en cours d'écriture, a l'avantage de conjuguer une double prérogative : valoriser, embellir et rendre plus attractif les lieux pour le résident et sa famille mais également, de concourir à la cohésion d'équipe en développant une culture de la qualité.

Pour le long terme, l'EHPAD Bethany Home se verra contraint de s'inscrire dans un chantier de reconstruction nécessitant la mobilisation de moyens conséquents (délai, financement...). Il conviendra donc d'évaluer l'ensemble des pistes permettant de répondre à la prise en charge globale de public souffrant de la maladie d'Alzheimer.

En effet l'étape préalable à tout projet de construction d'une nouvelle structure dédiée à l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer requiert la prise en compte d'un ensemble de paramètres : évolution de la maladie, espaces dédiés aux activités cognitives, espace de déambulation, jardin clos et sécurisé...

En outre, le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) qui décline entre autre la structuration de l'offre médico-sociale sur le territoire reste l'outil incontournable pour la mise en œuvre d'une nouvelle construction.

Dans la phase de cadrage, la prise en compte des différentes étapes du cycle projet sera déterminante pour sa parfaite réalisation. Tout d'abord, la conception doit s'adapter au type de public accueilli ; l'élaboration des différents projets doit tenir compte de l'accueil, du médical, des soins, du parcours de vie et de l'animation. Il en est de même de la planification et de la programmation du chantier intégrant les délais nécessaires. Cette approche méthodique et rigoureuse contribuera à la réussite du projet.

L'envergure d'un tel projet impose donc à chacun des acteurs en charge du déploiement de la politique sociale et médico-sociale sur le territoire de se regrouper et d'œuvrer à la mutualisation des moyens. Il en est de même du maillage à établir avec les socioprofessionnels du fait de leur expertise.

D'ores et déjà, l'étude réalisée m'amène à avancer les quelques pistes suivantes qui restent à évaluer. Une structure de plain-pied avec une unité de vie de 12 lits réservée aux résidents Alzheimer. Cette unité devra prendre en compte une distribution circulaire des chambres autour de l'espace de vie. Constitué d'une cuisine centrale, de coins salon et salle à manger, l'espace de vie devra aussi accueillir un poste de soins, un espace dédié aux résidents et aux familles, des sanitaires et une salle de bain. Complétant harmonieusement cet ensemble, un jardin clos et une salle d'activité jouxteront l'espace de vie. Dans une telle configuration, la déambulation du résident Alzheimer sera élargie à l'ensemble des lieux constituant cette unité.

L'édification d'une telle structure, permettrait de se rapprocher au plus près des préconisations, orientations, recommandations et des textes. En simplifiant le déplacement du résident valide ou à mobilité réduit, une telle structure serait de nature à le maintenir en autonomie et à favoriser les liens.

L'enrichissement d'une telle structure se fonde sur un véritable projet de vie faisant une large place au développement du lien social et d'activités destinées au maintien des fonctions cognitives.

Au terme de mon étude il me semble qu'en dépit de l'inadéquation de l'EHPAD Bethany Home, la mise en place d'activités cognitives contribuerait à ralentir le processus inéluctable de cette pathologie et à stimuler la vie.

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires :**

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

CIRCULAIRE N°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan "Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

## **Guides :**

Ministère de l'emploi et de la solidarité : « Améliorer la qualité en EHPAD – Guide d'accompagnement ». MARTHE – ENSP. Juin 2000.

Direction Générale de la Santé et Direction Générale de l'Action Sociale et la société française de gériatrie et gérontologie : « Recommandation de bonnes pratiques de soins en EHPAD ». Octobre 2007.

Ministère de la solidarité, de la santé et de la famille : Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012. 1<sup>er</sup> février 2008.

ANESM : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « la bientraitance : définition et repères pour une mise en œuvre ». Juin 2008.

ANESM : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social ». Février 2009.

ANESM : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement ». Décembre 2010.

ANESM : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne ». Juin 2011.

## **Ouvrages :**

AQUINO J-P., LAVALLART B., MOLLARD J., 2011 : « *Assistant Soins en Gérontologie – Le manuel officiel de la formation* ». Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 269 p.

CHALINE B., 2001 : « Unité d'accueil spécialisé Alzheimer, Manuel de conception Architecturale 2001 ». Paris : Laboratoires Eisai France et Pfizer France, 147 p.

COUET D., PATURET J-B., 2009 : « *Le métier de Directeur, Techniques et fictions* ». Rennes : EHESP, 4<sup>ème</sup> édition, 246 p.

DEHAN P., 2007 : « *L'Habitat des personnes âgées, du logement adapté aux Ehpads, USLD et Unités Alzheimer* ». Paris : Groupe Moniteur, Département Architecture, 335 p.

EYNARD C., SALON D., 2006 : « *Architecture et Gérontologie, Peut-on habiter une maison de retraite ?* ». Paris : L'Harmattan, 213 p.

GRISE J., 2010 : « Communiquer avec une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé ». Québec : Les presses de l'Université Laval, 78 p.

LHUIILLIER J-M., 2009 : « *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* ». Rennes : EHESP, 4<sup>ème</sup> édition, 259 p.

MIRAMON J-M., PEYRONNET G., 2009 : « *Penser le métier de Directeur d'établissement social et médico-social* ». Paris : Editions Seli Arslan, 184 p.

ROGER S., HERBIN R., PIOU O., 2008 : « *Guide pour l'appréciation de la qualité des espaces de vie dans les établissements pour personnes âgées* ». Rennes : EHESP, 3 fascicules et 1 CD-ROM.

### **Articles :**

Dr MIAS L., 1992 : « *Une architecture « prothétique » pour les personnes présentant des déficits cognitifs* ». Tarn : Gériatologie en institution, 26 p.

### **Dossiers documentaires :**

COSSON M-E., 2011 : « *Outils méthodologiques pour la réalisation du mémoire* ». Rennes : EHESP, 253 p.

DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, 2009 : « *Cahier des charges relatif aux UHR et PASA pour une prise en charge adaptée en EHPAD et USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement* ». Paris : CNSA, 16 p.

DONNIO I., 2011 : « *La prise en compte des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés* ». Rennes : EHESP, 579 p.

Dr LE TOURNEAU, Dr GALLOUJ, 2007 : « *Recommandations de bonnes pratiques d'accompagnement et de soins, pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes* ». DDASS du Nord, 41 p.

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, 2010 : « *Dossier de presse, Réunion sur le plan Alzheimer, lundi 1<sup>er</sup> février 2010* ». Paris : Palais de l'Elysée, 22 p.

### **Thèses et mémoires :**

COMAN D., 2008 : « *L'hôpital local de Capesterre Belle Eau et la maladie d'Alzheimer : Un défi à relever* ». Mémoire Directeur d'Etablissement sanitaire et social public (promotion 2007-2008). Rennes : EHESP, 49 p.

GASSER C., 2009 : « *La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés à l'EHPAD de DIEUZE : Evolutions et perspectives* ». Mémoire Directeur d'Etablissement sanitaire et social public (promotion 2008-2009). Rennes : EHESP, 56 p.

PERRET J., 2008 : « *Le projet architectural, vecteur d'une prise en charge efficiente du résident : L'exemple de l'EHPAD du CHS du Jura* ». Mémoire Directeur d'Etablissement sanitaire et social public (promotion 2007-2008). Rennes : EHESP, 56 p.

SIMON E., 2000 : « *L'adaptation architecturale des maisons de retraite à la prise en charge des personnes démentes* ». Mémoire Directeur d'établissement sanitaire et social public (promotion 1999-2000). Rennes : EHESP, 75 p.

SPINARD L., 2008 : « *Du projet de vie au projet architectural : La reconstruction d'un EHPAD au Centre Hospitalier de La Mure* ». Mémoire Directeur d'Etablissement sanitaire et social public (promotion 2007-2008). Rennes : EHESP, 55 p.

TREUSSARD MARCHAND D., 2008 : « *Conception architecturale des établissements accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer : Revue de la littérature* ». Mémoire inter universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD (Année 2007/2008). Paris : Université René Descartes – Paris V, 41 p.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe n°1** : Guide d'entretien à destination des usagers, des élus et des professionnels de l'EHPAD.

**Annexe n°2** : Exemple de cascade et de volière pouvant constituer l'espace sensoriel de l'EHPAD BETHANY HOME.

**Annexe n°3** : Appréciation de l'année 2010.

# Annexe n°1

## Guide d'entretien à destination des usagers, des élus et des professionnels de l'EHPAD

---

1. Pouvez-vous me préciser vos fonctions et liens avec l'EHPAD ?
2. Que savez-vous de la maladie d'Alzheimer et des éventuels symptômes ou troubles qui sont associés à cette pathologie ?
3. Selon vous, quelles répercussions ces symptômes ou troubles peuvent-ils avoir sur la vie au quotidien d'une personne âgée ?
4. Avez-vous déjà visité une structure dédiée aux résidents Alzheimer ?
  - a. *Si oui, qu'en retenir ?*
5. Avez-vous entendu parler du Plan Alzheimer ?
  - a. *Si oui, qu'en retenir ?*
6. Pensez-vous que l'environnement et l'architecture de l'EHPAD Bethany Home réunit les conditions d'accueil des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés : organisation des espaces, équipement et infrastructure ?
  - a. *Si oui, sur quels éléments vous appuyez-vous pour le dire ?*
  - b. *Si non, quelles améliorations devraient être portées ?*

(Relance sécurité) Pensez-vous que l'état actuel de la structure présente les conditions de sécurité pour la prise en charge du résident ?

(Relance intimité) Pensez-vous que l'état actuel de la structure préserve l'intimité du résident ?

(Relance place des familles) A quelle place situez-vous les familles et les aidants au sein de l'EHPAD ?
7. Selon vous de quoi un résident atteint de la maladie d'Alzheimer a-t-il besoin à l'EHPAD, pour retarder le processus d'évolution de cette pathologie et maintenir les acquis ?

(Relance architecture) Infrastructure

(Relance environnement) organisation des espaces, équipement et confort
8. Pensez-vous que la conception architecturale d'un EHPAD accueillant des résidents Alzheimer devrait être plus de configuration hospitalière ou maison individuelle ?
  - a. Comment argumentez-vous votre choix ?
9. Souhaitez-vous préciser autres choses concernant la prise en charge des résidents Alzheimer ?



## Annexe n°2

Exemple de cascade et de volière pouvant constituer l'espace sensoriel de l'EHPAD BETHANY HOME

---



# Annexe n° 3

## Rapport Circonstancié Notation 2010

---



### RAPPORT CIRCONSTANCIÉ

Motif : notation 2010

Monsieur RALIS, Cadre de santé, remplit ses fonctions au-delà des missions traditionnelles qui sont imparties aux agents de son grade.

En l'absence de Direction Permanente de l'EHPAD sur place, il gère par délégation, la conduite de l'établissement (personnel, admissions, prise en charge paramédicale des résidents, relations avec les familles).

Respectueux de la hiérarchie institutionnelle, il rend compte scrupuleusement des nombreuses initiatives qu'il est amené à prendre et n'hésite pas à solliciter le Directeur intérimaire à titre préventif.

Son appétit professionnel le conduit à s'interroger très légitimement sur l'ensemble des composants du fonctionnement de l'institution, notamment aux plans économiques et budgétaires.

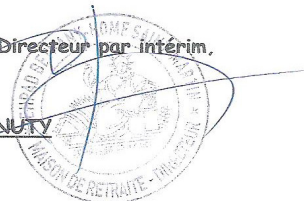
Monsieur RALIS a la dimension d'un futur Chef d'Etablissement et le bon fonctionnement de l'institution aujourd'hui lui est largement imputable.

A ce titre, je propose une notation au titre de l'exercice 2010 de plus 1 point.

Note 2010 : 19,50

Le Directeur par intérim,

P. NUTY



---

## NOTE D'OBSERVATION

---

L'EHPAD « Bethany Home », est l'unique structure d'hébergement pour personnes âgées de l'île de Saint-Martin, où j'exerce depuis deux ans la fonction de Cadre de Santé.

*« Il est de règle que l'architecture d'un édifice soit adaptée à sa destination, de telle façon que cette destination se dénonce d'elle-même au seul aspect de l'édifice »<sup>23</sup>,* l'EHPAD Bethany Home se soustrait à cette règle. Cependant, bien que la structure ne réponde pas en de nombreux points aux normes en vigueur dans le cadre de la prise en charge d'usager Alzheimer, elle a le mérite d'exister. Elle propose une offre de service d'accueil et d'accompagnement aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer en installant un lien de confiance avec les aidants.

Compte tenu du thème d'étude de mon mémoire et de la commande qui m'est faite de réaliser une journée d'observation, c'est donc le mardi 19 mai 2011, de 06h00 à 18h00 que je me suis prêté à l'exercice.

Ma question de départ est la suivante : « En quoi l'architecture et l'environnement de l'EHPAD Bethany Home influencent-ils la prise en charge d'un usager atteint de la maladie d'Alzheimer ? ».

Pour conduire mon observation, j'ai occupé un emplacement stratégique, qui favorise d'une part, une vue sur l'intégralité de la structure et d'autre part, sur l'espace de vie. Centré sur mon objectif, je peux donc apprécier l'impact de l'architecture et de l'environnement sur les modes d'investissement des lieux. Ce cadre étant posé, il me semble judicieux de dresser la description architecturale des lieux.

L'EHPAD Bethany Home est en centre ville de Marigot, proche des commerces, transports, services administratifs et financiers, et du front de mer. Composé de trois bâtiments éclatés, répartis entre deux escaliers au milieu duquel se trouve posé un rez-de-chaussée aboutissant dans son aile gauche à des chambres et dans son aile droite aux services généraux. Ouvert sur la rue, une cour intérieure multifonction, regroupe l'ensemble de l'activité de jour des résidents où le personnel s'active à ses multiples tâches. Les entrées et sorties de la structure, se font par ce passage obligé, même s'il existe une entrée du personnel sur l'aile droite non loin du bureau du Cadre de Santé.

Les étages sont desservis par des escaliers, prévus pour les résidents valides et le monte-malade aboutit au 1<sup>er</sup> étage donnant un accès direct au jardin extérieur arboré. L'ascenseur dessert le deuxième étage et est utilisé par les résidents à mobilité réduite.

L'EHPAD Bethany Home d'une capacité de 26 chambres individuelles ou doubles équipées de terrasse pour certaines, accueille 40 résidents réparties sur 3 niveaux.

---

<sup>23</sup> Source Victor HUGO – Citation extraite de Notre Dame de Paris

De couleur uniforme, les murs et les poutres de l'espace de vie sont jaunes clairs, le plafond blanc et les espaces peu matérialisés se confondent.

Vitrine de la structure la cour intérieure couverte, prosaïquement appelé « espace de vie », est dédié à l'ensemble des activités et la prise en charge du résident a lieu essentiellement dans cet espace restreint : socialisation, accueil des familles, lieu d'activité, organisation de manifestation, fêtes, anniversaires, soins, repas, animations et déambulation. C'est un passage obligé pour tous et chacun y séjourne.

L'espace de soins et la salle de détente pour le personnel, séparé par un salon télé multifonction jouxte l'espace de vie. Le bureau de l'animatrice et des toilettes avec douche sont implantés dans ce même « salon télé ».

Les services généraux situés dans l'aile droite abritent dans une distribution successive, la buanderie, la lingerie, le salon de coiffure, le bureau du Cadre de Santé, le restaurant, la cuisine pour aboutir au portail qui ouvre sur l'accès véhicule.

Le choix de l'espace de vie comme terrain d'observation est donc lié à ces différents paramètres.

Ce mardi 19 mai 2011, 06h00 le calme règne dans l'établissement. Quelques résidents, préparés par l'équipe de nuit attendent déjà et au fil des minutes, arrivent d'autres, venus des étages. Installés par les soignants, ils s'apprêtent à prendre le petit déjeuner. L'infirmière, tout en prodiguant les soins, échange quelques mots et sourires, répond aux demandes exprimées par les résidents : migraine, insomnie et autres maux. L'auxiliaire de vie organise, au gré des arrivées, la distribution du petit déjeuner. A cette heure matinale règne un silence de plomb qui n'est levé qu'au terme de ce premier repas. La radio d'Eva rappelle à l'existence d'une vie extérieure rythmée par les nouvelles du pays, les avis d'obsèques<sup>24</sup>, les communiqués, tout cela entrecoupé de séquences musicales qui finissent par réveiller Shelly de son assoupissement. Bien qu'aveugle elle n'hésite jamais à se lever pour esquisser, avec une joie non dissimulée, quelques pas de calypso, musique de la caraïbe.

Dès 9h30 à nouveau, le silence s'abat sur Bethany Home, ponctué sporadiquement par le bruit des pas rapides d'Eliu, le marmonnement de Marthe, le balancement de Marcel et les exhortations d'un soignant intimant à Stella de s'asseoir.

Après le service du petit déjeuner et le réconfort spirituel, les résidents n'attendent que la collation de 10h00 qui leur est servie puis, de nouveau, une légère frénésie annonce le déjeuner. Eliane, radieuse, au bras de son petit fils, me salue et m'informe qu'elle déjeune à l'extérieur.

L'infirmière, l'animatrice et deux aides-soignants afférés à leurs tâches respectives, accueillent l'ancien maire de l'île, l'un des membres fondateurs de la structure ainsi que

---

<sup>24</sup> « Histoire de se raccrocher au vivant à travers des noms connus, point d'encrage lien entre le passé et le présent ».

deux familles tous aidants. Leurs arrivées créent une atmosphère de plus grande convivialité qui sort les résidents de leur monotonie. Les autres aides-soignants eux, gèrent l'aide au repas des résidents en chambre.

Le repas achevé, le temps de la sieste commence et les soignants regagnent l'espace de soins pour les transmissions d'équipe. Cet après-midi du 19 mai, une séance de chant a été proposée aux résidents complétée par une activité domino.

A l'issue du dîner servi à 17h00, les résidents regagnent leurs chambres où les soins pour la nuit leur sont prodigués. Entre 18h00 et 19h00 le silence revient sur l'espace de vie, le crépuscule tombe et Bethany Home s'endort.

Bien qu'implanté au cœur de la cité, la configuration urbaine isole l'institution de son environnement social et peu de résidents valides se projettent hors des murs de Bethany Home.

Au terme de mon observation, il convient de souligner les mises en évidence suivantes :

S'agissant du repère dans le temps : la date du jour, de l'année, des activités, des menus et autres événements particuliers ne sont affichés qu'à l'intention du personnel ; aucun résident n'a accès à ces informations cependant essentielles au maintien de leur fonctions cognitives.

En ce qui concerne les repères et l'organisation dans l'espace : bien que l'espace bénéficie d'une excellente luminosité, je note que l'éclairage électrique fonctionne encore à 11 heures. De couleurs uniformes et très claires les murs et les poutres ne favorisent pas des repères et n'éveillent pas les sens. Il existe peu de différenciation d'un espace à l'autre : pas de codes couleurs, signalétique insuffisamment visible...

L'espace de vie est l'unique lieu de socialisation dont disposent les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Les déplacements sont difficiles et la déambulation est entravée par les tables, chaises, fauteuils encombrant l'espace. J'observe par ailleurs que certains résidents sont mis en contention insidieuse, bloqués par un fauteuil ou une table. Les allées et venues incessantes ne garantissent aucune intimité, la promiscuité s'impose à chacun. Dans ce contexte, le processus de maintien des fonctions cognitives et de l'autonomie ne peut-être optimisé, la famille ne peut se retrouver et le résident ne vit qu'au rythme du collectif qui s'impose à lui.

Les bruits de l'extérieur associés à ceux de l'activité produite au sein de cet espace de vie créent un environnement bruyant et dérangeant pour les résidents Alzheimer. L'infrastructure n'offre aucune alternative permettant aux résidents de se soustraire de cette nuisance.

L'Etablissement n'est visible dans son intégralité qu'à travers le seul écran de contrôle placé dans l'espace de vie : pas de visibilité ni de contrôle sur la circulation des usagers,

les coursives, l'entrée des chambres et le jardin, tous situés à l'arrière des bâtiments. Aussi cette configuration architecturale éclatée impose de s'appuyer sur une équipe élargie constituée de : 1 infirmière, 4 aides-soignants (AS) du matin, 1 AS en journée, 2 AS du soir, 2 agents de nuit ainsi qu'un agent de sécurité de nuit.

Un salon télé destiné à une multitude d'utilisation, culte, réconfort spirituel, repos, animation, réunions, repas, voire même isolation occasionnelle d'un résident limite la diversité des activités qui pourraient être proposées alors même qu'il est préconisé d'alterner activités cognitives en petit groupe à des temps de détente afin de réduire les situations d'échec. Cet espace impersonnel décourage tous maintiens de liens durables entre les résidents et les aidants.

Les conditions d'utilisation du monte-malade et de l'ascenseur (souvent hors d'usage), imposent l'assistance systématique d'un soignant lors des déplacements du résident ce qui entretient la dépendance et compromet l'autonomie.

En dépit d'un jardin arboré, la déambulation à l'extérieur du résident Alzheimer n'est guère possible compte tenu de l'escarpement du lieu. Peu praticable, seul un résident s'aventure et investit l'espace plusieurs fois dans la journée pour y cueillir des fleurs. Il est à souligner que les espaces les moins escarpés et les plus accessibles pour les résidents sont actuellement utilisés en parking par les véhicules de l'EHPAD et du SSIAD.

La gestion de la sécurité des résidents présente un risque sérieux : pas assez de rampes, les sols ne sont pas antidérapants, les espaces de repli en temps de pluie sont insuffisants, l'installation électrique dans l'espace de vie n'est pas aux normes et la circulation des résidents peut échapper au contrôle du personnel.

J'observe aussi des signes de tension dans l'équipe de soins qui pourraient s'expliquer par la configuration architecturale imposant de nombreux déplacements, d'un lieu à l'autre, d'un étage à l'autre, pour effectuer les tâches et avoir une vision globale sur la structure.

L'architecture de l'EHPAD Bethany Home ne répond pas au cadre requis pour accueillir des personnes âgées et des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et/ou de pathologies apparentées !!!

L'observation de l'architecture et de l'environnement de l'EHPAD Bethany Home me conduit, à travers l'analyse de l'activité d'une journée, à indiquer que l'environnement ne permet pas à l'institution de réunir les conditions optimales visant à retarder la progression de la maladie d'Alzheimer. On peut constater que : la réglementation en vigueur n'est pas respectée dans son intégralité et la loi du 2 janvier 2002 ne peut, en l'état, être appliquée. En conclusion cette situation est de nature à provoquer une plus grande dépendance des résidents et ne concourt pas à ralentir le processus d'aggravation de la maladie d'Alzheimer.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe n°1** : Méthodologie utilisée pour la journée d'observation.

**Annexe n°2** : Grille d'observation



# Annexe n°1

## Méthodologie de la journée d'observation à l'EHPAD Bethany Home

---

### 1- **Obtenir une autorisation pour effectuer cette journée d'observation :**

- De la Direction par intérim de l'EHPAD

### 2- **Préciser à l'ensemble du personnel le but de cette journée d'observation qui est à réaliser dans le cadre de ma formation à l'EHESP.**

- L'objectif premier de ce travail est :
  - o de sortir de ma logique de manager et de soignant au sein de la structure
  - o de tenter de me glisser dans la peau d'un usager qui pourrait être un résident, une famille, un visiteur, voire toute personne qui serait amenée à utiliser un service public tel que l'EHPAD Bethany Home, lieu où je vais effectuer ma journée d'observation.
  - o l'intérêt pour moi étant d'approcher l'expérience d'un usager de l'EHPAD.
- Durant cette journée d'observation je vais préciser au personnel que je :
  - o ne recevrai aucun rendez-vous
  - o ne vais pas répondre au téléphone
  - o ne vais pas intervenir sur le déroulement de la journée, je vais essayer de « *me rendre invisible* »
  - o n'interviendrai qu'en cas d'urgence.
- Pour ce faire je vais me positionner au niveau de l'espace de vie de l'EHPAD, car c'est au niveau de cet espace que les résidents passent la majeure partie de la journée et c'est le passage obligé de tous les usagers qui pénètrent dans la structure.
- Toutefois je me donne la possibilité de suivre quelque usager que ce soit pour observer comment il investit d'autres espaces.

### 3- **Choix du lieu**

Si j'ai fait le choix d'effectuer cette journée d'observation sur mon lieu d'activité, c'est pour que ce travail d'observation me soit utile, car de mon point de vue l'analyse de cette journée d'observation peut me permettre d'enrichir mon mémoire qui a pour thème : « ***l'Architecture, l'environnement et maladie d'Alzheimer*** »

Ma question de départ est la suivante : « ***En quoi l'architecture et l'aménagement de l'environnement de l'EHPAD Bethany Home influencent-ils l'autonomie d'un usager Alzheimer ?*** ».



### **Que vais-je observer précisément ?**

- Je vais observer :
  - Comment l'architecture de l'EHPAD répond aux besoins de repères dans le temps pour les résidents Alzheimer ?
  - Comment l'environnement de l'EHPAD répond aux besoins de repères dans l'espace pour les résidents Alzheimer (organisation des espaces, matériel et infrastructure)
  - Comment l'architecture de l'EHPAD répond aux exigences de la loi du 2/01/2002
  - Si l'architecture et l'environnement répondent aux besoins des résidents Alzheimer au regard de leur pathologie.

### **4- Comment vais-je procéder ?**

- Je vais effectuer une prise de notes en vrac en m'appuyant sur la grille d'observation, inscription sur un bloc note et enregistrement sur un dictaphone des éléments importants.

### **5- Date de la journée d'observation**

- Le mardi 19 mai 2011 toute la journée

### **6- Document finalisé**

- Choix et situation contextuel du lieu
- Méthodologie, objectif et question de départ
- Présentation de la situation environnementale et architecturale de l'EHPAD Bethany Home
- Organisation de l'action et présentation du lieu et des effectifs du jour
- Choix du travail d'observation et méthodologie
- Description succincte de la structure
- Description de l'espace de vie
- Précisions sur l'effectif des résidents et du personnel jour de l'observation
- Synthèse de la journée d'observation
- Analyse des éléments observés
- Conclusion de l'observation et conséquences sur les résidents
- En annexes : méthodologie et grille d'observation

## Annexe n°2

### Grille d'observation

#### **Repère dans le temps**

Les périodes de l'année sont-elles visibles par des symboliques particulières ?	
Est-il possible de voir l'heure au niveau des espaces communs ?	
Est-il possible pour le résident de voir le jour et la date au niveau des espaces communs ?	

#### **Repère et organisation dans l'espace**

La luminosité est-elle adaptée ?	
La signalétique est-elle effective et visible ?	
La texture des sols est-elle adaptée ?	
La chambre du résident est-elle repérable par une différenciation et facilement repérable?	
Les couleurs sont-elles attrayantes ?	
Les espaces sont-ils différenciés ?	
Les lieux favorisent-ils le maintien des liens sociaux ?	
Les lieux sont-ils attrayants ?	
Les lieux permettent-ils des activités en adéquation avec les troubles ?	
Le menu du jour est-il affiché, ou présenté aux résidents ?	
Les lieux permettent-ils des échanges entre usagers ?	
Les espaces privatifs sont-ils identifiés ?	
L'organisation des espaces permet-elle à chacun d'occuper sa place auprès du résident ?	

#### **Questionnement au regard de la loi du 02/01/2002**

Entrave à la liberté d'aller et venir ?	
Existe-t-il un dispositif limitant les fugues ?	
La structure est-elle ouverte sur l'extérieur ?	
Les lieux permettent-ils le respect de l'intimité et de la vie privée ?	
Les lieux permettent-ils le respect de la dignité des résidents Alzheimer ?	

#### **Interrogations au regard de la maladie d'Alzheimer**

Les familles disposent-elles d'un espace dédié ?	
Existe-t-il un jardin thérapeutique ?	
Existe-t-il un parcours de déambulation sécurisé ?	
Les lieux permettent-ils la mise en place d'activités à destination d'un public Alzheimer ?	
Les lieux permettent-ils au personnel de favoriser l'autonomie du résident ?	
Les lieux sont-ils générateurs de stress ou de bruit par rapport à un public Alzheimer ?	
Les lieux permettent-ils au résident qui le souhaite de s'isoler ?	

<b>RALIS</b>	<b>Etienne Lucien</b>	<b>25 novembre 2011</b>
<p align="center"><b>Diplôme d'Etablissement</b></p> <p align="center"><b>« Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes ».</b></p>		
<p align="center"><i>« EHPAD : Architecture et aménagement de l'environnement quel impact sur l'autonomie d'un usager atteint de la maladie d'Alzheimer ? »</i></p>		
<p align="center"><b>Promotion 2010-2011</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Cadre de Santé dans un EPSMS d'une capacité d'accueil de 40 lits d'EHPAD et 30 places de SSIAD, j'ai fait le choix d'une formation m'offrant l'opportunité de m'interroger sur le volet réglementaire du fonctionnement d'un EHPAD.</p> <p>Ma motivation pour le sujet traité dans le cadre de ce mémoire se fonde sur une expérience vécue ainsi que sur un rapport issu du schéma transversal d'action sociale diligenté par la Collectivité d'Outre-mer de Saint-Martin.</p> <p>Ma question de départ est la suivante : <i>« En quoi l'architecture et l'aménagement de l'environnement de l'EHPAD Bethany Home influencent-ils l'autonomie d'un usager Alzheimer ? »</i>.</p> <p>L'approche qualitative qui fonde mon questionnement s'appuie sur de l'observation, des entretiens, des réunions et de la recherche documentaire. Mes hypothèses de départ gravitent autour de l'architecture, l'aménagement de l'environnement et le maintien des liens entre le résident et sa famille.</p> <p>Les outils méthodologiques utilisés m'ont permis de vérifier mes hypothèses et de constater que l'EHPAD Bethany Home n'est pas adapté à la prise en charge de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.</p> <p>Cependant, j'ai pu mettre en place un plan d'action visant la requalification de l'offre de service. A court terme, mes préconisations s'attachent à améliorer l'environnement par l'aménagement de l'espace de vie.</p> <p>Ainsi, la création d'un espace sensoriel, l'émergence d'un espace privatif à destination des résidents et des familles et, la matérialisation du temps et de l'espace, constituent les trois étapes du chantier à réaliser.</p> <p>La conduite de ce projet, tout en répondant à certaines obligations faites aux EHPAD, offrira un cadre de vie stimulant l'éveil du résident souffrant de la maladie Alzheimer à l'EHPAD Bethany Home.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p align="center">EHPAD - Usagers - Alzheimer - Architecture - Aménagement - Environnement</p> <p align="center">Autonomie - Qualité de vie - Offre de service.</p>		
<p 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>		