



**ACTUALISER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT D'UN EHPAD  
ACCUEILLANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉMENTES :  
DU PROJET CROSMS À LA RÉALITÉ**

**Martine LACHAUD-ANGIBAUD**

**2011**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

Mes pensées et mes remerciements vont à Bernard Séguier pour son soutien méthodologique, à Sylvie Pandelé qui a su trouver les mots pour estomper l'envie de reporter.

Un merci tout particulier à Stéphanie Orain, Gilles Bastier et François Berger qui, chacun à leur façon, m'ont aidée à construire ma propre vision de la fonction de Direction.

Merci à Laetitia Legrand et Jean Lagneau pour le partage de cette belle aventure qu'aura été le lancement de l'EHPAD, à la Direction Générale de la MFL pour m'avoir suivie dans cette reconversion.

Merci également à l'ensemble du Personnel des 5 Sens qui nourrit au quotidien ma réflexion sur l'accompagnement des personnes âgées, par leurs questionnements, leurs remarques, mais aussi par leur motivation et leur implication.

Une pensée toute particulière pour les résidents des 5 Sens et leurs familles car ce sont eux qui chaque jour donnent du sens à mon action.

Un profond merci à ceux qui ont pris de leur temps pour lire ce travail et me faire part de leurs observations, tant sur la forme que sur le fond, et plus particulièrement mon infatigable relecteur pour cet œil aiguisé de la VAE au mémoire.

Merci enfin, à mes parents pour les valeurs qu'ils m'ont transmises, à Dominique, mon époux et Grégoire, mon fils, pour avoir fait face à l'organisation parfois hasardeuse et à la gestion toujours complexe de notre quotidien tout au long de ce parcours. Merci à eux pour avoir supporté mes absences, même lorsque j'étais là.

*A la mémoire d'Alice et de mes grands-parents, de mon beau-père sans qui rien peut-être n'aurait été pareil...*

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 DU PROJET CROSMS AU PROJET EN COURS.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Le projet CROSMS .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Le contexte de l'élaboration du projet.....	3
1.1.2 Les principaux constituants du projet CROSMS .....	6
1.1.3 Les moyens humains .....	8
<b>1.2 L'évolution du contexte .....</b>	<b>10</b>
1.2.1 La prévalence de la démence.....	10
1.2.2 La bientraitance institutionnalisée.....	10
1.2.3 L'évolution législative et réglementaire .....	11
1.2.4 L'accompagnement des Personnes Agées démentes sur le territoire.....	13
<b>1.3 Etat des lieux .....</b>	<b>14</b>
1.3.1 La réalité du public accueilli à l'ouverture .....	14
1.3.2 La nouvelle architecture .....	17
<b>1.4 Des écarts identitaires et organiques .....</b>	<b>18</b>
1.4.1 Une dépendance plus élevée .....	18
1.4.2 Des résidents majoritairement atteints par des troubles neuropsychiatriques.....	19
1.4.3 Des familles pas, ou peu associées.....	20
1.4.4 Une équipe polymorphe .....	20
<b>1.5 Une inadéquation du projet CROSMS.....</b>	<b>20</b>
<b>2 QUALITE ET QUALIFICATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Du syndrome démentiel aux troubles du comportement .....</b>	<b>22</b>
2.1.1 Les différents type de démences.....	23
2.1.2 La prévalence de la démence.....	26
2.1.3 Les troubles de la mémoire .....	27
2.1.4 Les signes et symptômes psychologiques et comportementaux.....	30
<b>2.2 La relation d'aide.....</b>	<b>31</b>
2.2.1 Le point de vue des familles .....	31
2.2.2 Le point de vue d'un psycho-gériatre.....	32

2.2.3	La relation d'aide globale .....	32
2.2.4	De « l'aide globale » au « prendre soin » .....	34
2.2.5	Du « prendre soin » à la philosophie de l'Humanité .....	35
2.2.6	Des méthodologies spécifiques à l'accompagnement de la démence .....	38
<b>3</b>	<b>L'ACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>Le contexte de l'actualisation .....</b>	<b>43</b>
3.1.1	L'actualisation, une stratégie d'adéquation .....	43
3.1.2	Les axes du projet d'établissement .....	44
3.1.3	Le projet d'établissement en phase avec la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 .....	45
<b>3.2</b>	<b>Le plan d'action.....</b>	<b>45</b>
3.2.1	En externe .....	46
3.2.2	En direction des familles .....	51
3.2.3	En interne .....	56
<b>3.3</b>	<b>Les principes de l'évaluation mis en œuvre .....</b>	<b>69</b>
3.3.1	L'évaluation interne.....	70
3.3.2	Les critères d'évaluation et leur efficience.....	70
	<b>Conclusion .....</b>	<b>73</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>74</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressource
ALOIS	Association Limousine d'Observation et d'Information sur les Soins Alzheimer et les maladies apparentées
ANESM	Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA	Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CANTOU	Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
CESL	Conseil Economique et Social du Limousin
CMRR	Centre Mémoire de Ressource et de Recherche
COGLIM	réseau de dépistage des troubles COGnitifs du LIMousin
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DCL	Démence à Corps de Lewy
DFT	Démence Fronto-Temporale
DTA	Démence de type Alzheimer
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESMS	Etablissement Social et Médico-Social
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
LINUT	Limousin NUTrition
MCI	Mild Cognitif Impairment
NPI	NeuroPsychiatric Inventory
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
ZUP	Zone à Urbaniser en Priorité

## Introduction

*« Je voudrais perdre la mémoire  
Pour ne plus changer de trottoir  
Lorsque je croise mes souvenirs »  
Georges Moustaki*

On estime à 880 000 le nombre de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés en France. Au fur et à mesure que le vieillissement de la population s'accroît, la démence devient un problème social important. Elle est aujourd'hui la maladie la plus redoutée après le cancer<sup>1</sup> et lorsque l'on pose la question « Si vous étiez atteint de la maladie d'Alzheimer », 500 personnes<sup>2</sup> expriment un sentiment de honte, la perte de l'estime de soi et la crainte de l'exclusion sociale, mais accordent une grande confiance dans le soutien de leurs proches.

La nature même des démences et les troubles qu'elles provoquent laissent souvent l'entourage démuni, tout en générant un fréquent sentiment d'impuissance. Les soignants, en proie à de vifs questionnements, réinterrogent régulièrement le sens de leur pratiques et leur adéquation.

Aujourd'hui, 60 % des personnes touchées par cette maladie vivent à domicile et 40 % en structure<sup>3</sup>. Ces dernières sont principalement admises dans les EHPAD<sup>4</sup>.

L'EHPAD Les 5 Sens a ouvert ses portes le 1<sup>er</sup> février 2011. Il est spécifiquement destiné à accueillir et à accompagner 92 résidents : 78 en hébergement permanent, 2 en hébergement temporaire et 12 en accueil de jour. Notre mémoire se centrera sur la question posée par l'accueil des 80 résidents en EHPAD : ceux-ci présentent une pathologie et des besoins à ce jour peu ou pas distingués dans le projet CROSM<sup>5</sup>, ce qui appelle à une actualisation du projet d'établissement pour s'assurer de la cohérence, de la cohésion et de l'adéquation entre la prise en compte de ces besoins nouveaux et l'organisation structurelle et fonctionnelle de l'EHPAD.

Près de quatre années se sont écoulées entre la conception de l'offre de service et l'ouverture, années durant lesquelles le contexte n'a cessé d'évoluer et de se modifier.

---

<sup>1</sup> Sondage TNS SOFRES du 19 au 21 février 2008

<sup>2</sup> Enquête STIG-MA réalisée dans le cadre de la Semaine de la maladie d'Alzheimer 2010 en Creuse

<sup>3</sup> *Les enjeux économiques et sociaux de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés en Limousin*, Conseil Economique et Social. Mars 2009

<sup>4</sup> Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

<sup>5</sup> Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

La problématique centrale gravite autour de la nature du public accueilli. Cette population est à l'évidence très différente de celle pour laquelle le projet a été initialement instruit, notamment en termes de dépendance ou de troubles du comportement. En terme d'écarts, eu égard au projet CROSMS, le déplacement du bâtiment sur un nouveau terrain a entraîné des modifications architecturales posant de nouvelles bases pour le projet. Comment, tout en restant dans un univers financier très contraint, nous est-il possible d'actualiser cette offre de service pour répondre aux besoins spécifiques de notre population ?

En première partie, nous nous attacherons à analyser avec précision l'identité du projet initial CROSMS. Cette identité nous permettra d'extraire les faits et effets majeurs qui se sont produits, de l'agrément jusqu'à la mise en œuvre du projet. Nous mettrons en évidence la problématique posée par l'actualisation de ce projet, nous formulerons l'hypothèse de la cohérence et de la cohésion recouvrée en termes sociopolitiques, culturels, et pour les modes de gestion : cela, par la prise en compte des nouveaux besoins exprimés et la reformulation de l'offre de service.

La deuxième partie explorera les champs conceptuels énoncés dans l'hypothèse principale. Elle vient qualifier la nouvelle identité de ces résidents accueillis en spécifiant ce que recouvre la maladie d'Alzheimer, l'émergence des troubles du comportement et d'autres troubles qui vont avoir une incidence sur la nature des accompagnements. En effet, ces troubles et déficiences constatés engendrent de nouvelles pratiques et repositionnent les notions de « soin » et de « prendre soin ». Le principe de l'actualisation et sa composante stratégique nous conduiront à interroger la pertinence de l'adaptation du projet et du plan d'action.

La troisième partie a une visée essentiellement stratégique. Nous y proposons un mode d'organisation qui inscrit les différents acteurs de l'EHPAD, internes et externes, dans une nouvelle perspective de prestations en phase avec l'évolution des besoins constatés. L'actualisation prend son sens dans cette démarche opératoire et opérationnelle inscrite en termes de perspectives et de prospectives. L'EHPAD est ainsi incitée à redéfinir ses pratiques dans une maîtrise des coûts et dans une évaluation consécutive à la mise en œuvre du projet d'établissement.

In fine, le mémoire se propose d'effectuer des rapprochements pertinents et nécessaires entre l'évolution des besoins constatés, eu égard au projet initial CROSMS, et la réalité de sa mise en œuvre sur les plans structurel et fonctionnel. Plus généralement, c'est dans une actualisation des moyens, des procédés et des méthodes que l'EHPAD pourra affirmer sa compétence et sa cohérence dans la réalisation des prestations.

# 1 DU PROJET CROSMS AU PROJET EN COURS

*« Le projet est le brouillon de l'avenir ; parfois,  
il faut à l'avenir des centaines de brouillons. »*

*Jules Renard  
Journal du 2 février 1902*

## 1.1 Le projet CROSMS

*« Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre, en augmentant le nombre de soignants, en améliorant la qualité de vie, en maîtrisant les prix.<sup>6</sup> »*

C'est sur la base de ce deuxième grand axe du Plan « Solidarité Grand Âge » que la création d'un EHPAD spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement de 80 personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer a été envisagée et portée par la Mutualité de la Haute-Vienne.

### 1.1.1 Le contexte de l'élaboration du projet

La réflexion a été engagée en 2007 pour une présentation de ce projet en CROSMS fin février 2008. Les articles R 312-180 à R 312-192 du Code de l'Action Sociale et des Familles déterminent la composition et le fonctionnement du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

#### *1.1.1.1 La Mutualité Française Limousine, acteur local : entre stratégie et opportunisme*

La Mutualité de la Haute-Vienne, créée le 16 décembre 1888 par cinq sociétés<sup>7</sup> de Limoges sous le nom du « Syndicat des Sociétés de Secours Mutuels de Limoges et de la Haute-Vienne », est déclarée d'utilité publique le 1<sup>er</sup> juin 1932. Elle n'a eu de cesse, au fil des ans, de se diversifier pour s'imposer comme acteur incontournable sur le territoire, dans les domaines de la santé (pharmacie, optique, dentaire, audition...) et de l'accompagnement (petite enfance, personnes âgées, résidence jeunes, soins de réadaptation). Elle regroupe 90 mutuelles et présente une double compétence : mouvement fédérateur et gestionnaire de réalisations sanitaires et sociales.

---

<sup>6</sup> Plan de solidarité Grand Age – 27 juin 2006

<sup>7</sup> La Société des peintres sur porcelaine, la Fraternelle des sabotiers, la Société des tisserands, la Société de bienfaisance et l'Union des femmes garnisseuses mouleuses

En juillet 2010, le regroupement de la Mutualité de la Haute-Vienne et de la Mutualité de la Corrèze a donné naissance à la Mutualité Française Limousine –MFL–. Trois objectifs principaux sont visés au travers de cette fusion :

- une mutualisation des moyens
- une meilleure visibilité sur le territoire régional
- une union autour de projets de développement.

Dans une stratégie visant à répondre aux besoins des personnes âgées, la MFL ouvre en 1996 un « centre d'accueil en journée » de 20 places. Ce projet s'inscrit dans une logique de maintien du lien social afin de rompre l'isolement. En 1999, la MFL prend la gestion d'un EHPA<sup>8</sup>, « le Cantou » : celui-ci tire son nom et sa philosophie du mot CANTOU<sup>9</sup> et s'oriente exclusivement vers l'accueil, en tant que résidents, de 19 personnes âgées touchées par la Maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés. Ces nouvelles données structurelles sont inspirées de l'action de Gérard Caussanel qui, à la fin des années 1970 à Rueil-Malmaison, visait à faire cohabiter des personnes âgées démentes avec d'autres moins désorientées. Son but était de stimuler les premières et de tenter de préserver leur autonomie au sein de petites unités autonomes, composées de chambres réparties autour d'une salle commune.

En conséquence, l'Accueil de Jour pour personnes âgées ouvert en 1996 en direction de tout public va réorienter son action exclusivement vers l'accueil des personnes âgées démentes. Un travail en réseau et une direction commune accueil de jour/Cantou permettront la création d'une logique de prise en soin de ce public au travers d'un concept de « filière ».

Cette organisation est alors innovante car la problématique de la maladie d'Alzheimer commence tout juste à mobiliser. Ces deux structures restent donc les seules offres de service spécifiquement dédiées à l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés en Limousin pendant près de dix ans.

De 1999 à 2005, d'autres projets en lien avec la personne âgée, portés par la MFL, voient le jour, dont la création de deux unités de vie de 16 places destinées à accueillir des personnes semi-autonomes, comme un lien entre le domicile et l'EHPAD, au sein des cités ouvrières de la ville.

Cette offre à caractère expérimental était la première à être créée sur le département.

---

<sup>8</sup> Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

<sup>9</sup> Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

### 1.1.1.2 L'offre Personnes Agées sur le territoire

On peut constater que la prise en charge de la démence qui, dans la décennie 1990, était souvent dénommée dépendance psychique a été énoncée dans le Plan Gérontologique. En 1991, seules 163 places d'hébergement permanent<sup>10</sup> étaient destinées à des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés dans le département de la Haute Vienne. Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, deux établissements étaient spécifiquement dédiés :

- le Cantou, géré par la MFL, offrait 19 places à proximité immédiate de Limoges,
- Jalouneix-Bertroff, relevant du statut public hospitalier, offrait 60 places à l'extrémité est du département.

Les 84 autres places étaient réparties à proximité immédiate de Limoges, au sein de quatre EHPAD gérés par les collectivités. Ce constat illustre la volonté affichée par le Département de la Haute-Vienne<sup>11</sup> d'offrir prioritairement à sa population âgée une offre d'accueil relevant du secteur public, afin que l'accès à l'hébergement soit strictement encadré financièrement et demeure ainsi accessible au plus grand nombre. En effet, en 2001, la retraite moyenne<sup>12</sup> en Limousin s'élève à 995 € bruts mensuels et est inférieure de 82 € à la moyenne des régions de France, hors Île de France, ce qui peut s'expliquer par la forte ruralité et la forte proportion d'anciens agriculteurs (20 % contre 12,5 % en moyenne nationale) et un nombre plus faible d'anciens cadres (6.5 % contre 10.8 % en France métropolitaine).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, le taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées s'élevait à 88,33 pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, alors que le taux moyen en France métropolitaine est de 118/<sup>1000</sup>. La demande devient prégnante.

Selon l'outil GERINFO, mis en place par le département de la Haute-Vienne afin de centraliser de façon informatisée les demandes d'admission dans les établissements pour personnes âgées par liaison internet, il s'avère que, en septembre 2004 :

- 31 % des inscriptions pour une demande d'hébergement en établissement sont faites depuis moins d'un an
- 27 % datent de un à deux ans
- 42 % remontent à plus de deux ans.

---

<sup>10</sup> Plan gérontologique départemental 2007-2011

<sup>11</sup> Rencontre Carine Sissakian, Directrice Générale des Services du Conseil Général de la Haute Vienne le 24.07.2008

<sup>12</sup> INSEE, *Des retraites peu élevées en Limousin*, publication électronique, février 2004

On peut donc penser que les établissements fonctionnent au maximum de leurs capacités d'accueil et disposent tous d'une liste d'attente de plusieurs dizaines de personnes chacun, sans ignorer cependant qu'une seule et même personne peut être inscrite sur plusieurs établissements et que les familles n'annulent pas systématiquement l'inscription lorsque la personne est décédée.

L'offre médico-sociale du département repose au 1<sup>er</sup> janvier 2011 sur 42 EHPAD : 37 relèvent du secteur public (hospitalier ou territorial), 4 sont sous statut privé non lucratifs (dont les 3 établissements déjà gérés par la MFL), un seul relève du secteur privé lucratif.

LA MFL souhaite s'inscrire dans la réponse aux besoins nouveaux au travers de deux positionnements :

- Contribuer à l'accompagnement de la démence en Haute-Vienne en créant un « pôle Alzheimer » regroupant le Cantou et l'accueil de jour déjà existants. Il s'agit ainsi de proposer une offre complète d'accompagnement « du début à la fin » de la maladie : un accueil de jour lorsque la dépendance est légère, un hébergement temporaire pour permettre aux aidants de « souffler » lorsque l'accompagnement devient compliqué, et un hébergement permanent lorsque l'évolution de la maladie le nécessite. Cette création d'EHPAD autonome et entièrement dédié à des personnes âgées démentes et dépendantes sera la première en Limousin.
- Conférer au privé non lucratif une complémentarité originale à l'offre publique.

### **1.1.2 Les principaux constituants du projet CROSMS**

Le dossier sera établi sur la base de l'expérience du Cantou et de l'Accueil de jour : une option est prise sur un terrain de la Commune de Landouge et un architecte missionné pour la réalisation d'une esquisse et d'un projet, dossier déposé le 28 février 2008 pour un passage en CROSMS. Le projet s'identifie ainsi : *« cet établissement comprendra 80 lits exclusivement dédiés à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, dont 2 en hébergement temporaire et 12 places d'accueil de jour. Il sera constitué de deux niveaux de 5 unités de 14 lits plus une unité en rez-de-chaussée composée de 10 lits où seront accueillies les personnes âgées dépendantes psychiques pouvant perturber les autres résidents. Le personnel comprendra 51 ETP et son budget s'élèvera à 2 800 000 €. [...] Il sera habilité à l'aide sociale totale. »*

### 1.1.2.1 Le public accueilli

« L'accueil des résidents sera dédié aux personnes âgées de plus de 60 ans de la zone d'implantation, plus particulièrement aux personnes psychiquement dépendantes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, vivant seules ou en couple. »<sup>13</sup>

#### A – Ses origines géographique et socio-culturelle

« Les personnes accueillies auront la caractéristique commune d'être originaires du même espace géographique. Avantage certain d'un point de vue culturel ; cela crée une certaine homogénéité culturelle des profils : mêmes repères, mêmes références, même milieu socioprofessionnel »<sup>14</sup>

L'origine géographique commune est un critère pertinent compte tenu de l'implantation de l'établissement en zone urbaine à forte densité.

Le critère d'homogénéité socio-culturelle sera difficile à respecter car la commune de Landouge est rattachée, de par sa proximité, à la ville de Limoges. Elle se situe à mi-chemin entre la ville et la campagne, à proximité immédiate de la ZUP<sup>15</sup> de l'Aurence, des cités qui la composent et de plusieurs zones résidentielles et pavillonnaires. Ce positionnement géographique générera un flux de demandes émanant de ces diverses proximités et se traduira par une mixité socio-professionnelle de la population accueillie.

Au regard des valeurs fondatrices de l'esprit mutualiste et de la première d'entre elles, le principe de solidarité, le dossier met en avant le conventionnement à l'aide sociale totale.

#### B – Qualification de la dépendance des résidents accueillis

« Le GMP<sup>16</sup> prévisionnel est évalué à 632. Il est légèrement supérieur à la moyenne départementale 629.70 pour les EHPAD médico-sociaux »<sup>17</sup>.

La faiblesse du GMP ne reflète pas la réalité constatée dans le public accueilli. Le projet prévoyait un équilibre entre les résidents classés GIR 2 (35 résidents) et les résidents classés GIR 4 (30 résidents).

Pour comparaison, le GMP du Cantou était égal à 800 en 2007, au moment de sa médicalisation. Les GMP des deux autres EHPAD gérés par la MFL et accueillant des publics jugés plutôt peu dépendants et non déments par le Directeur de ces structures

---

<sup>13</sup> Dossier CROSMS – page 20

<sup>14</sup> Dossier CROSMS – page 20

<sup>15</sup> Zone à Urbaniser en Priorité

<sup>16</sup> GIR Moyen Pondéré

<sup>17</sup> Dossier CROSMS – page 20

s'élevaient à 571 et 621. On est en droit de s'interroger sur la pertinence des données qui ont été prises en compte pour la constitution du dossier CROSMS.

#### C – La dénomination des troubles du comportement

*« L'ensemble du personnel doit être formé à déceler tous les troubles. L'objectif étant de les dépister très tôt afin de traiter précocement et de proposer des soins individualisés. L'accompagnement et l'écoute constituent les fondements de la thérapie mise en œuvre par la psychologue à travers des protocoles.<sup>18</sup> »*

Les troubles du comportement sont peu énoncés. Or ils vont s'avérer prévalents et les premières familles rencontrées lors du dépôt de dossiers d'inscription pour l'hébergement permanent font état de ces troubles pour que l'on puisse répondre à leur demande par rapport à l'évolution de la maladie.

#### 1.1.2.2 Un concept architectural conçu autour des besoins du public

*« La maison de retraite médicalisée est un milieu de vie, de soins, de travail et de production où les questions de la qualité d'accueil des personnes âgées et de leur famille, des soins, des activités proposées intègrent de fait les situations liées à la perte d'autonomie physique, psychique ou sensorielle. La question centrale étant au cœur du projet des 5 Sens : comment prolonger le désir du résident de vivre dans ce nouvel habitat. »<sup>19</sup>*

Actuellement, l'EHPAD s'est construit ailleurs et autrement.

### 1.1.3 Les moyens humains

*« La mise en œuvre du projet institutionnel et son succès reposent sur l'implication de tous les acteurs à chaque phase de la mise en application des objectifs fixés. Si la motivation et l'engagement de chacun sont primordiaux, on ne peut se limiter à ces conditions. Le projet social est un outil de management qui permettra de gérer les ressources humaines de l'établissement sur le mode gagnant/gagnant permettant ainsi une certaine émulation au sein des équipes.<sup>20</sup>*

---

<sup>18</sup> Dossier CROSMS – page 70

<sup>19</sup> Dossier CROSMS – Page 106

<sup>20</sup> Dossier CROSMS – page 94

### 1.1.3.1 Les moyens humains du projet CROSMS

« A la lumière des préconisations des fédérations de la profession, nous souhaitons obtenir dès l'ouverture de l'établissement un taux d'encadrement à 0.55 (51 salariés).<sup>21</sup> »

Le détail des effectifs autorisés<sup>22</sup> pour le fonctionnement de la structure, capacités de remplacement comprises, est donc de 51 ETP<sup>23</sup> pour 56 postes au total. Le dossier CROSMS est muet en ce qui concerne l'organisation des roulements, les amplitudes horaires ou l'aménagement des temps de travail. Ceux-ci devront être conformes et se référer aux accords et autres textes en vigueur au sein de la MFL. Le dossier CROSMS laisse donc entière liberté au directeur pour organiser le travail au sein de sa structure, en précisant toutefois que « la logique organisationnelle ainsi que la logique managériale (démarche participative de l'équipe) se doivent de répondre à plusieurs objectifs :

- favoriser la continuité et l'homogénéité de la prise en charge
- limiter le risque de maltraitance et les phénomènes d'épuisement professionnel. »<sup>24</sup>

La répartition de ces postes dans la réalité du fonctionnement de l'EHPAD va poser différentes difficultés de type organisationnel, sécuritaire et autres...

### 1.1.3.2 Les moyens financiers

La masse salariale affectée aux différents postes a été calculée sur la base des rémunérations moyennes chargées appliquées au sein de la MFL en 2007.

L'accord d'entreprise prévoit que les rémunérations annuelles se décomposent ainsi :

- Salaire mensuel sur 12 mois
- Prime équivalant à un mois de salaire (13<sup>ème</sup> mois versé en décembre)
- Prime équivalant au SMIC brut mensuel (prime de vacances versée en juin)

Ces données vont venir dans la réalité altérer la dimension GRH quant à l'attractivité pour les nouvelles embauches.

---

<sup>21</sup> Dossier CROSMS – page 95

<sup>22</sup> Voir annexe 1

<sup>23</sup> Emplois Temps Plein

<sup>24</sup> Dossier CROSMS – page 96

## 1.2 L'évolution du contexte

Si l'ouverture de l'établissement a été autorisée par le CROSMS en 2008, son financement n'a été officiellement autorisé qu'en mai 2009 et l'ouverture réalisée le 1<sup>er</sup> février 2011. Or, en près de quatre années, beaucoup de choses ont évolué et notamment l'approche sociétale de la Maladie d'Alzheimer. La création des CMRR<sup>25</sup> explique partiellement l'évolution des prises en charge, dans la mesure où ils permettent de poser un diagnostic de démence de façon plus précoce et plus fiable qu'auparavant.

### 1.2.1 La prévalence de la démence

Le Président de la République a déclaré en 2008 vouloir faire de la Maladie d'Alzheimer l'une des priorités de son mandat. La communication et l'implication médiatique autour des célébrités touchées par la maladie d'Alzheimer (Ronald Reagan, Annie Girardot...) ont contribué à faire parler de la maladie, à changer le regard porté sur elles, et se sont traduites par une certaine « dé-stigmatisation » des malades et de leur famille. Localement, le mouvement associatif s'est développé, dépassant les concepts d'information et de soutien pour prendre une place importante dans l'accompagnement des malades et des familles au travers de l'animation de groupes de parole, l'organisation d'actions d'entraide, de soutien et de formation à destination des aidants<sup>26</sup>.

### 1.2.2 La bientraitance institutionnalisée

Le regard sur les établissements accueillant des personnes âgées a changé. Le déferlement médiatique d'octobre 2008 consécutif à la diffusion de l'émission « *Les infiltrés – maison de retraite, une maltraitance ordinaire* », a marqué les esprits en introduisant l'urgence de passer d'une culture de lutte contre la maltraitance à la culture de la bientraitance dans nos établissements, « *une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service [...] qui vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.*<sup>27</sup> »

Les recommandations de l'ANESM<sup>28</sup> de février 2009 sur l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-

---

<sup>25</sup> Centre Mémoire de Ressource et de Recherche

<sup>26</sup> Personne qui vit et agit dans l'entourage immédiat d'une personne dépendante et qui lui rend des services ou participe à lui prodiguer des soins

<sup>27</sup> Guide ANESM, juillet 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*

<sup>28</sup> Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-Sociale

social, comme les recommandations professionnelles de la HAS<sup>29</sup> de mai 2009 sur le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, guident à présent notre action quotidienne.

### 1.2.3 L'évolution législative et réglementaire

Il ne s'agit pas là de faire une revue exhaustive de l'évolution de l'environnement législatif et réglementaire en lien avec les ESMS<sup>30</sup> de 2007 à 2011. Il s'agit plutôt d'isoler, dans cet environnement, les textes qui auront eu ou auraient pu avoir des répercussions essentielles sur notre établissement, son fonctionnement ou son orientation.

#### 1.2.3.1. Le plan Alzheimer 2008-2012

Le troisième plan Alzheimer a été annoncé le 1<sup>er</sup> février 2008. Il se décline en 11 objectifs et 44 mesures, et nous retiendrons plus particulièrement les objectifs 3, 5 et 6 qui auront, à l'évidence, un impact important sur l'activité et le projet d'établissement de notre structure.

Objectif 3, mesure n°6 – Permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile : La création des SPASAD<sup>31</sup> a pour objectif de faciliter le maintien de la personne atteinte à son domicile en lui permettant de bénéficier de l'intervention de spécialistes (ergothérapeutes, psychomotriciens...) pour prévenir ou gérer des situations de crise.

Cette mesure, couplée à la mesure 5 de l'objectif 2 « mise en place de coordonnateurs sur l'ensemble du territoire », a pour objectif d'améliorer les conditions du maintien à domicile. Cette mesure entraînera un décalage de l'entrée en structure, ce qui pourra se traduire, pour notre EHPAD, par l'accueil de résidents de plus en plus dégradés, tant physiquement qu'intellectuellement.

Objectif 5, mesure n° 16 – Création ou identification au sein des EHPAD d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux ; cette mesure prévoit notamment le renforcement du nombre et des compétences des professionnels intervenant auprès du malade : l'objectif visé est la création de deux types d'unités de soins et d'activités adaptées au niveau de troubles du comportement des personnes concernées afin de leur offrir des espaces de vie spécialement aménagés.

---

<sup>29</sup> Haute Autorité de Santé

<sup>30</sup> Etablissement Social et Médico-Social

<sup>31</sup> Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

*Ces unités auront un taux d'encadrement élevé et l'architecture comme les aménagements intérieurs seront adaptés.*

La conception architecturale, tant dans le projet initial que dans sa révision, était antérieure au cahier des charges de labellisation PASA<sup>32</sup> et UHR<sup>33</sup> tel que présenté le 15 avril 2010. Or, la philosophie de la création de ces unités correspond bien à celle de notre accompagnement, et notamment au travers des « *activités structurées – activités physiques, sensorielles, aspects nutritionnels –* » telles que définies par le dossier CROSMS.

*Objectif 6, mesure n°20 – Un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer : la fonction d' « assistant en gérontologie » est créée pour les AS, AMP et AVS en situation d'emploi auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés, après une formation de 140 heures.*

Outre l'intérêt en lien direct avec la formation et la professionnalisation des soignants, un autre avantage peut être avancé pour un établissement comme le nôtre et permettrait une certaine souplesse de gestion et de répartition budgétaire<sup>34</sup>. En effet, apporter une qualification Assistants de soins en gérontologie à certains AS/AMP et AVS nous permettrait de faire glisser une partie des charges pesant sur les budgets hébergement et dépendance en totalité sur le budget soin. L'intérêt serait ainsi de libérer des fonds pour augmenter les temps d'animation et d'accompagnement psychologique, directement en lien avec les besoins de notre population.

### *1.2.3.2 La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire*

La loi HPST 2009-879 du 21 juillet 2009 a totalement revu l'organisation territoriale du système de santé, notamment en son article 124 créant au 1<sup>er</sup> juillet 2010 des ARS<sup>35</sup>. Elles se substituent aux pôles santé et médico-social des DDASS et des DRASS et à la partie sanitaire des CRAM<sup>36</sup> et aux URCAM<sup>37</sup> en vue de deux missions prioritaires : piloter la santé publique et réguler l'offre de santé dans les secteurs ambulatoires, médico-social et hospitalier au regard des besoins en matières de soin et de services sociaux et médico-sociaux.

---

<sup>32</sup> Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

<sup>33</sup> Unités d'Hébergement Renforcées

<sup>34</sup> Voir annexe 2

<sup>35</sup> Agence Régionale de Santé

<sup>36</sup> Caisse Régionale d'Assurance Maladie

<sup>37</sup> Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Nous sommes ainsi passés d'une logique de gestion départementale à une logique de gestion régionale.

Les ARS deviennent donc nos interlocuteurs, commanditaires et prescripteurs principaux, avec les Conseils Généraux, en termes de financement, d'inspection et de contrôle.

La loi HPST pose aussi le principe du décloisonnement entre sanitaire et médico-social, au travers des enjeux autour du parcours de soin ou des stratégies de coopération. La création de l'établissement, qui répond à un besoin recensé par le secteur sanitaire, nous inscrit directement dans ces stratégies de coopération.

Enfin la loi HPST, qui rend obligatoire la signature d'un CPOM<sup>38</sup> en remplacement de la convention tripartite pour les EHPAD dépassant un certain seuil de taille, nous amène à nous interroger sur les conséquences pour le pôle Personnes Âgées géré par la MFL, qui s'inscrit dans un développement régional.

#### **1.2.4 L'accompagnement des Personnes Âgées démentes sur le territoire**

Les politiques publiques tant nationales que départementales se mobilisent en faveur du maintien à domicile. Ainsi, le Conseil Général de la Haute-Vienne inscrit au Plan gérontologique départemental 2007-2011 : « *bien que la Haute-Vienne dispose d'un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale, un renforcement significatif de la capacité globale des SSIAD<sup>39</sup> s'avère nécessaire<sup>40</sup>.* » Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, « *le fait de rester chez soi s'avère pertinent car cela permet au patient de garder ses repères.*<sup>41</sup> »

##### *1.2.4.1 Une entrée en EHPAD retardée*

Si le maintien à domicile est ainsi privilégié, on pourrait penser que les demandes d'admission en structure sont en diminution. Or, il semble que ce ne soit pas le cas, et l'analyse de la liste d'attente du Cantou démontre au contraire un nombre croissant des demandes d'accueil. Cependant, lorsque l'on analyse l'évolution des GMP des établissements gérés par la MFL sur la période, on voit que la dépendance augmente fortement dans tous les établissements. Une étude des dossiers d'admission au Cantou réalisée fin 2009 démontre que ces demandes concernent des personnes beaucoup plus dépendantes que fin 2007. Ceci peut expliquer non seulement que la dépendance

---

<sup>38</sup> Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

<sup>39</sup> Service de Soins Infirmiers à Domicile

<sup>40</sup> Plan Gérontologique départemental 2007-2011 pages 49-50

<sup>41</sup> Conseil Economique et Social du Limousin, Mars 2009, *Les enjeux économiques et sociaux de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés en Limousin*

s'accroît pour les personnes accueillies, mais que le phénomène d'entrée/sortie ne minore que très peu ce facteur. Plusieurs pistes de réflexion peuvent l'expliquer : le Cantou a été seulement médicalisé en juillet 2007. La politique volontariste de maintien à domicile mise en place dans le département peut se traduire par un report de l'entrée en structure. Ou enfin, cette prolongation du maintien à domicile peut être également en lien avec le niveau très bas des revenus des retraités du département.

#### *1.2.4.2 De nouveaux services dans un environnement plus concurrentiel*

Si jusqu'en septembre 2009 la MFL gérait le seul accueil de jour non couplé à un EHPAD sur le département, l'Association « *Soins et Santé Limoges* », association déjà fortement implantée sur l'agglomération de Limoges au travers d'un SSIAD de 95 places, a ouvert un accueil de jour d'une capacité de 22 places. Un an plus tard, cette même association a créé une équipe spécialisée "pilote" pour la mise en place d'une nouvelle prestation de "soins d'accompagnement et de réhabilitation" à domicile destinée aux personnes âgées démentes, et ce conformément aux objectifs fixés par le plan Alzheimer 2008/2012.

Cette multiplication des offres vient conforter celles déjà existantes pour privilégier le maintien à domicile et risque de retarder l'entrée en établissement. Cependant, au printemps 2013, la ville de Limoges ouvrira son premier EHPAD entièrement dédié à l'accompagnement de 88 personnes démentes et proposera une offre alternative à la nôtre.

### **1.3 Etat des lieux**

Entre 2007 et 2011, si le projet CROSMS est resté figé, le contexte général a lui continué à évoluer. Il est indispensable d'établir une sorte d'état des lieux pour en mesurer les écarts et adapter notre offre.

#### **1.3.1 La réalité du public accueilli à l'ouverture**

Fin janvier, 120 dossiers avaient été retirés et une petite centaine déposés, certains pour une entrée immédiate, d'autres pour une inscription de précaution. Dès le 20 février, notre programmation des entrées était complète et notre structure compterait ses 78 résidents dès le 15 mars. Cette forte demande confirme que l'ouverture d'une telle structure était vivement attendue. A ce jour, la demande continue à être forte car nous dénombrons 77 dossiers validés en liste d'attente.

#### 1.3.1.1 *Un public très féminin*<sup>42</sup>

78,2 % de nos résidents sont des femmes, chiffre légèrement supérieur aux données nationales<sup>43</sup> qui comptent 75 % de femmes pour 25 % d'hommes. Nous devons tenir compte de cet indicateur dans les orientations données à l'animation et aux activités.

#### 1.3.1.2 *Une pyramide des âges spécifique*<sup>44</sup>

L'âge des résidents accueillis varie de 66 à 103 ans, avec cependant un âge moyen de 83 ans et 7 mois (83 ans et 6 mois pour les hommes et 83 ans et 8 mois pour les femmes), ce qui est sensiblement identique à la moyenne nationale de l'âge moyen d'entrée en EHPAD<sup>45</sup> de 83 ans et 10 mois en 2007.

En revanche, on note des écarts significatifs entre la répartition par tranche d'âge de notre population et les données nationales. En effet, 83 % de notre population est âgée de 70 à 90 ans, proportion très nettement supérieure aux données nationales qui s'élèvent à 66 %. Les moins de 70 ans et les plus de 90 ans sont donc très minoritaires au sein de notre structure.

#### 1.3.1.3 *Près du tiers des résidents encore en couple*<sup>46</sup>

Si 68 % des résidents sont veufs, divorcés ou célibataires, 32 % d'entre eux sont en situation de couple. Une grande majorité vivaient avec leur conjoint jusqu'à leur entrée. Cette donnée, qui peut s'expliquer par la répartition atypique des tranches d'âge, doit nous amener à réfléchir à la place donnée aux familles dans notre accompagnement.

#### 1.3.1.4 *Une origine géographique très localisée*<sup>47</sup>

Conformément au dossier CROSMS, l'origine géographique des demandes est majoritairement du département et, dans une très grosse proportion, de l'agglomération de Limoges.

#### 1.3.1.5 *Une origine socio-culturelle plutôt hétérogène*<sup>48</sup>

Si l'on se réfère à la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles établie par l'INSEE<sup>49</sup>, notre population fait apparaître 56 % d'ouvriers/employés et 13 % de femmes au foyer.

---

<sup>42</sup> Voir annexe 3.1

<sup>43</sup> Enquête EHPA 2007, DREES. Août 2000, *Etudes et Résultats* n° 699

<sup>44</sup> Voir annexe 3.2

<sup>45</sup> Enquête EHPA 2007, DREES. Août 2000, *Etudes et Résultats* n° 699

<sup>46</sup> Voir annexe 3.3

<sup>47</sup> Voir annexe 3.4

<sup>48</sup> Voir Annexe 3.5

<sup>49</sup> Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Les normes, habitudes de vie, façons de faire et stéréotypes, nous sont transmis par notre culture et font partie de notre héritage culturel. Tout au long de notre vie, nous faisons l'apprentissage de normes et de valeurs qui caractérisent et sous-tendent le groupe auquel nous appartenons. S'il est un domaine privilégié qui influence cette socialisation, c'est bien le domaine professionnel. Par conséquent cette donnée doit être prise en compte, tant pour réfléchir à l'organisation d'une vie en collectivité que pour adapter les diverses activités. Les ateliers mémoire qui font appel à la culture générale en sont l'exemple le plus probant : il est impératif d'adapter les groupes pour ne pas risquer de mettre les résidents en échec.

#### *1.3.1.6 Près de la moitié des résidents arrivent du domicile<sup>50</sup>*

Près de 49 % des résidents accueillis viennent directement du domicile ou d'un accueil familial et près de 4% d'un foyer logement, ce qui porte à près de 53 % le nombre de personnes qui vivaient de manière plus ou moins individuelle préalablement à leur entrée. Près de 31 % arrivent des services hospitaliers et 17% étaient accueillis dans des EHPAD généralistes. Ces différentes situations auront sans doute un impact différent sur le ressenti des résidents à l'arrivée. Elles nécessiteront un accompagnement davantage personnalisé et plus contenant tant une rupture dans le rythme et les habitudes de vie de la personne âgée peut être génératrice de troubles du comportement, ou facteur d'accentuation des troubles déjà installés.

#### *1.3.1.7 La Maladie d'Alzheimer, principale cause des démences<sup>51</sup>*

Ainsi que le prévoyait le dossier CROSMS, nous accueillons trois couples pour lesquels un seul des conjoints est atteint de démence. Nous nous sommes longuement interrogés sur la pertinence de cet accueil. Mais ces trois couples viennent du domicile, et dans les pathologies de démence l'aidant naturel est le conjoint lorsque celui-ci est encore présent. Dans la majorité des cas, une sorte de lien fusionnel s'installe alors, et sur l'insistance des intéressés et des familles nous avons fait le choix, en accueillant également le conjoint, de ne pas rompre ce lien qui combat la désorientation du résident dément. Nous n'accueillons par conséquent que 75 résidents atteints spécifiquement de démence. Une très grande majorité d'entre eux, près de 63 %, souffre de la « maladie d'Alzheimer ». Si l'on inclut les démences mixtes, ce pourcentage passe à 76 % alors que 17 % des démences ne sont pas identifiées. Enfin, les résidents les plus jeunes sont majoritairement atteints de démences vasculaires.

---

<sup>50</sup> Voir annexe 3.6

<sup>51</sup> Voir annexe 3.7

### 1.3.1.8 Des résidents globalement très dépendants<sup>52</sup>

La révision des cotations GIR a été la première mission du médecin coordonnateur, tant l'écart entre la dépendance estimée au dossier CROSMS et la réalité de notre accueil nous paraissait important. Il en ressort effectivement un degré de dépendance relativement élevé pour la grande majorité des résidents qui relève d'un GIR 2 portant ainsi le calcul de notre GMP à 828.

Si l'on rapproche ces données de l'enquête EHPA réalisée par la DREES<sup>53</sup> en 2007 sur l'ensemble des structures accueillant des personnes âgées sur le territoire français, 84 % des résidents des EHPAD sont dépendants (GIR 1 à 4) pourcentage en augmentation car ils n'étaient que 81 % en 2003. Un peu plus de la moitié (51 %) de ces résidents sont classés GIR 1 et 2, c'est-à-dire très dépendants.

Dans notre établissement, 99.72 % de nos résidents sont dépendants, et parmi ceux-ci 89.74 % d'entre eux sont très dépendants.

### 1.3.2 La nouvelle architecture

Alors que le projet portait sur une construction à proximité immédiate du centre bourg, l'EHPAD en est finalement distant de plus de 500 mètres, ce qui, pour la majeure partie des résidents accueillis, est trop important pour permettre un aller et un retour à pied. Il nous faudra donc envisager l'acquisition d'un moyen de locomotion dans notre plan d'investissement pour ne pas isoler les résidents de la vie sociale.

La surface au sol de la structure étant plus importante alors que la superficie du terrain est restée identique, le jardin des sens a été réduit et intégré au square principal ; deux squares annexes ont été ajoutés et sont accessibles par les deux unités de vie du rez-de-chaussée.

La configuration des lieux de vie des résidents a également été revue et modifiée : leur accueil est organisé en cinq unités au lieu de six :

- Deux au rez-de-chaussée, une de 16 et une de 17 lits
- Trois à l'étage, une de 14, une de 16 et une de 17 lits.

L'unité de 10 lits, isolée au rez-de-chaussée et initialement destinée à accueillir les résidents présentant des troubles du comportement, a ainsi disparu.

---

<sup>52</sup> Voir annexe 3.8

<sup>53</sup> Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

La nouvelle répartition a également supprimé d'autres espaces : la salle spécifiquement destinée à l'animation, le reposoir, le lieu de culte, ainsi que le restaurant des familles. L'espace de détente multi sensoriel a été remplacé par une salle de bain thérapeutique dotée d'une baignoire à balnéothérapie.

Enfin, l'accueil de jour a été, sur demande des autorités de tarification, installé au rez-de-chaussée en lieu et place du pôle administratif qui, lui, a été transféré à l'étage.

Cette réorganisation de l'espace nous oblige à réévaluer la pertinence de certaines préconisations fixées par le projet CROSMS et à repenser notre projet.

## **1.4 Des écarts identitaires et organiques<sup>54</sup>**

Le GMP qui résulte de ces cotations GIR ressort à 828 alors que le GMP présenté en dossier CROSMS ressortait à 632. La répartition des résidents accueillis en fonction des GIR n'est en rien comparable à celle que fixait le dossier CROSMS, principalement à cause des glissements des GIR 4 et 5 vers les GIR 1 et 2.

### **1.4.1 Une dépendance plus élevée<sup>55</sup>**

Le dossier CROSMS destinait l'établissement à accueillir des personnes en tout début de maladie sans les troubles associés à une démence sévère ou installée. Or le public accueilli à l'ouverture est différent. Nous sommes donc en droit de nous demander si cette tendance va se confirmer dans les années à venir, ou si ce phénomène est intrinsèquement lié à celui de l'ouverture.

A posteriori, après une étude de l'ensemble des dossiers acceptés, refusés ou inscrits en liste d'attente, il s'avère qu'une très faible majorité relève du GIR 4 : s'ils le sont, ils concernent majoritairement des demandes de précaution, pour le cas où un événement extérieur surviendrait, notamment un souci de santé de l'aidant familial. Pour exemple, et alors que nous prenions contact avec une famille pour une entrée, soit en accueil de jour, soit en hébergement, la réponse suivante nous a été formulée : « *Pour l'instant, non car c'est encore gérable à domicile, elle dort toute la nuit, je réussis à m'occuper d'elle la journée et moi, je vais bien, je fais encore face... On verra plus tard...* »

---

<sup>54</sup> Voir annexe 3.9

<sup>55</sup> Voir annexe 3.10

Cette formule confirme les demandes des familles rencontrées lors de l'étude des dossiers initiaux, qui mettaient en avant leur difficulté à faire face aux troubles du comportement pour justifier leur demande d'entrée en hébergement.

Si l'on se réfère au décret de remplissage de la grille AGGIR, relèvent du GIR 2 « *les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices (les déments perturbateurs) ainsi que certaines activités corporelles que souvent elles n'effectuent que stimulées* ».

La famille se résout donc à envisager une entrée en structure pour passer le relais à une équipe de professionnels uniquement lorsque les fonctions mentales sont très altérées et engendrent des troubles qui ne lui permettent plus de faire face. Ces personnes relèvent alors d'un GIR 2.

Les personnes démentes relevant d'un GIR 4 ne sont par conséquent pas celles qui entreront majoritairement dans notre établissement, pas plus dans le cadre de l'ouverture que dans le cadre de son fonctionnement normal.

L'interrogation porte alors, de notre point de vue, sur les capacités d'adaptation de la personne ainsi dégradée lors de son entrée en structure : la stratégie de filière envisagée par la MFL lors de la réflexion sur la création de l'EHPAD prend tout son sens pour faciliter cette adaptation, au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

#### **1.4.2 Des résidents majoritairement atteints par des troubles neuropsychiatriques<sup>56</sup>**

La forte dépendance de notre population n'est finalement qu'une des conséquences de ces troubles et c'est bien en cela, prioritairement, qu'elle est différente de celle pour laquelle le projet CROSMS destinait son accompagnement. Or, celui-ci doit répondre avant tout aux besoins des résidents, qui seront eux-mêmes une conséquence directe de l'expression de ces troubles du comportement.

Mais aucune analyse n'a été orientée en ce sens, et même si le projet CROSMS parlait de dix déments perturbateurs, en dehors de l'architecture au travers de l'unité sécurisée du rez-de-chaussée, aucun accompagnement spécifique n'a été prévu. Il est donc essentiel de connaître et de répertorier les principaux troubles du comportement que présentent nos résidents au moyen de l'inventaire neuropsychiatrique<sup>57</sup> (NPI-ES) pour nous permettre d'apporter une réponse adaptée.

---

<sup>56</sup> Voir annexe 3.11

<sup>57</sup> Voir annexe 4

D'après cette analyse, 96.6 % de nos résidents sont atteints de troubles du comportement, dont 100 % des résidents déments. Les 2/3 d'entre eux sont en proie à des hallucinations et plus de la moitié connaissent des troubles de l'humeur, de l'agressivité ; plusieurs troubles peuvent se combiner chez une seule et même personne.

#### **1.4.3 Des familles pas, ou peu associées**

Le dossier CROSMS s'inscrit dans la loi de 2002 pour réserver une place aux familles dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale.

Le projet architectural initial prévoyait des chambres couple, mais le projet réalisé a supprimé ces chambres.

En dehors de ces deux points, aucune autre mention n'est faite de la place des familles au sein de l'EHPAD.

#### **1.4.4 Une équipe polymorphe**

La difficulté majeure d'une ouverture, et dans le même temps son enjeu primordial, consiste à fédérer en une seule et même équipe une cinquantaine d'individualités qui ne se connaissent pas et qui viennent de cultures professionnelles différentes. La diversité de leurs expériences antérieures, comme la durée de ces expériences, les positionnent de prime abord plus dans une philosophie du « soin » que du « prendre-soin » ou de « l'accompagnement global ».

La recherche, dans le cadre de la procédure de recrutement, d'un socle commun de compétences et notamment leurs aptitudes à l'approche non médicamenteuse des démences, vise à minorer cette donnée.

### **1.5 Une inadéquation du projet CROSMS**

Si le projet initial réservait uniquement dix places aux déments perturbateurs, regroupés au sein de l'unité du rez-de-chaussée, la question de leur accompagnement n'a été abordée dans le dossier CROSMS à aucun moment. Or, la très grande majorité des résidents que nous accueillons présentent des troubles du comportement à des degrés plus ou moins sévères. Ils se traduisent par un ensemble de comportements particulièrement perturbants auquel la première rédaction du projet d'établissement n'apporte pas de réponse ou de modalité de prise en soin, pas plus qu'il n'offre une dotation en personnel en lien spécifique avec ces besoins. L'accompagnement de ce public nécessite une actualisation du projet pour répondre à ses besoins spécifiques, tant au regard des compétences nécessaires à cet accompagnement qu'à celui de l'organisation de leur environnement.

Bien que cet ensemble de troubles se traduise par un accroissement significatif de la dépendance, la dotation budgétaire validée par le CROSMS en 2008 ne tient pas compte de ces données nouvelles. L'adéquation entre les prestations offertes et les financements octroyés par les autorités de tarification n'est pas réalisée : il sera donc question de reconsidérer et en interne, et en externe, les rapprochements nécessaires à effectuer.

La question centrale réside dans l'actualisation de notre offre de service pour répondre aux besoins très spécifiques de notre population, tout en restant dans un univers financier très contraint.

L'actualisation, quant à nos prestations, vient nous poser l'exigence d'une connaissance meilleure des conséquences physiologiques et psychologiques de la démence. Ultérieurement, cette approche théorique sur cette pathologie nous permettra de faire le lien entre les différents types de démences et les troubles du comportement qui s'y associent, et d'expliquer en quoi la maladie d'Alzheimer génère des troubles neuropsychiatriques. Cette approche opérationnelle viendra alimenter notre hypothèse centrale pour faire évoluer les pratiques du personnel et requalifier notre organigramme face à l'évolution de ces besoins. Dans le même temps, nous pourrions devenir plus pertinents en travaillant sur l'environnement pour réajuster les demandes financières dans le cadre d'un budget contraint.

La problématique se situe bien dans l'évolution des besoins des résidents accueillis. Nous posons l'hypothèse que si nous parvenons à enclencher un processus évaluatif, tant au niveau de la nature de ces nouveaux besoins que des modes d'accompagnement, nous allons faire évoluer l'organisation de l'EHPAD et donc la qualification des compétences des praticiens. Nous serons alors beaucoup plus pertinents pour nous rapprocher des autorités de tarification.

Nous retiendrons quelques champs conceptuels clés en privilégiant la démence et les troubles du comportement qui nous permettront de venir approfondir l'existence et la consistance de l'offre de service et des modes de prise en charge. Ceux-ci s'exprimeront plus spécifiquement autour de la relation d'aide et d'une qualification de l'Humanité.

## 2 QUALITE ET QUALIFICATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES

*« L'homme en démence est privé de ses biens dont il jouissait autrefois ; c'est un riche devenu pauvre alors que l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère ».*

*Jean Etienne Dominique ESQUIROL*

*Traité des maladies mentales – 1838*

Nous procédons d'une compréhension du syndrome démentiel et de son évolution vers des symptômes psycho-sociaux pour tenter de qualifier l'apparition et l'accentuation des troubles du comportement. Cette attitude et cette réflexion sur la qualification de ces nouveaux besoins nous conduira à reconsidérer le champ d'application de prestations appropriées et la place des différents acteurs.

### 2.1 Du syndrome démentiel aux troubles du comportement

Contrairement à la représentation ordinaire des médias, la démence n'est pas une forme de folie, pas plus que la perte de mémoire n'est une conséquence normale du vieillissement.

Le petit Larousse définit la démence comme un « *trouble mental caractérisé par un affaiblissement progressif et irréversible des fonctions intellectuelles.* »

L'OMS<sup>58</sup>, quant à elle, définit la démence comme un « *trouble de la mémoire suffisamment invalidant pour retentir sur la vie quotidienne, évoluant depuis au moins 6 mois, associé à au moins un autre trouble des fonctions cognitives.* »

« *Pour que le diagnostic de syndrome démentiel puisse être retenu, il faut un affaiblissement global des fonctions supérieures d'intensité suffisante pour entraîner des difficultés d'adaptation professionnelles ou sociales.* »<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> Organisation Mondiale de la Santé

<sup>59</sup> CLEMENT JP., DARTHOUT, N., NUBUKPO, P., 2006, *Guide pratique de psychogériatrie*, Masson

Nous définissons la démence comme un état d'affaiblissement intellectuel acquis, progressif, plus ou moins irréversible, avec pour conséquences des modifications de la personnalité et une perte d'autonomie.

### 2.1.1 Les différents type de démences

Il existe cependant de nombreuses formes de démence, qu'elles soient ou non dégénératives. Les premières sont incurables et se caractérisent par une dégénérescence des cellules nerveuses cérébrales, alors que les démences non dégénératives sont provoquées par un agent ou un groupe de facteurs pathogènes de type vasculaire, infectieux, traumatique ou toxique et sont curables.

Les résidents que nous accueillons relèvent des différentes formes de démence dégénérative, qui engendrent des prises en charge spécifiques en termes d'accompagnements psycho-social et thérapeutique. En effet, connaître les différents types de démence va permettre d'anticiper, a priori, les « orientations » des troubles majeurs que les résidents présenteront.

#### 2.1.1.1 La démence de type Alzheimer – DTA –

*« Décrite pour la première fois en 1906 par Aloïs Alzheimer, elle représente le modèle de référence pour la démence, à tel point que le groupe des démences reçoit l'appellation de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées<sup>60</sup>. »*

Lorsqu'on entend l'expression « maladie d'Alzheimer », le premier trouble qui vient à l'esprit est un trouble mnésique. Or, elle évolue sur une période assez longue, et selon trois phases, entraînant peu à peu nombre d'autres troubles :

- La phase de début, ou pré-démentielle, stade précoce qui dure de deux à quatre ans. Les troubles, à ce stade, n'ont pas de répercussions significatives sur l'autonomie du malade et son adaptation ; ils passent souvent inaperçus et sont mis sur le compte du vieillissement normal. Les oublis simples, les manques du mot vont peu à peu s'aggraver et les désordres affecter prioritairement la mémoire à court terme. Le diagnostic est alors difficile entre un début de démence et une MCI<sup>61</sup>
- La phase d'état où l'on parle de « démence modérée »<sup>62</sup>. Elle est la plus longue car estimée entre trois à six ans. Des troubles de certaines fonctions

---

<sup>60</sup> CLEMENT JP., décembre 2009, *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion

<sup>61</sup> Mild Cognitif Impairment (troubles cognitifs légers)

<sup>62</sup> CLEMENT, JP., décembre 2009, *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion

instrumentales, à type d'agnosie, d'apraxie, d'agraphie, d'acalculie, sont progressivement plus marqués. Des troubles visuo-spatiaux et de l'orientation viennent accentuer les précédents. Dans le même temps, l'anosognosie est plus prononcée. C'est généralement au cours de cette phase qu'un accompagnement en structure est envisagé.

- La phase de démence sévère, puis terminale, débouche sur la fin de vie et dure de deux à quatre ans. Les troubles psycho-comportementaux sont plus nombreux, fréquents et sévères. Les troubles du jugement, du raisonnement et du langage s'intensifient. Des troubles sphinctériens coordonnés à des troubles moteurs concourent à l'installation d'un état de dépendance, puis de grabatisation, source de complications létales.

L'échelle de détérioration globale de Reisberg propose quant à elle sept stades, eux-mêmes liés à une régression des mémoires :

- Stade 1 – stade de référence : la personne âgée démente ne vit aucune difficulté dans le cadre de la vie quotidienne
- Stade 2 – Troubles de mémoire : elle oublie les noms et l'emplacement de certains objets et peut avoir de la difficulté à trouver ses mots (pas de régression)
- Stade 3 – Confusion bénigne : elle a de la difficulté à aller à de nouveaux endroits, à faire face aux problèmes qui surviennent au travail (régression de 66 ans et plus)
- Stade 4 – Confusion avancée : elle a de la difficulté à accomplir des tâches complexes (régression de 56 à 65 ans)
- Stade 5 – Problèmes bénins d'ordre cognitif : elle a besoin d'aide pour choisir ses vêtements, a besoin d'être incité à se laver (régression de 48 à 55 ans)
- Stade 6 – Problèmes moyens d'ordre cognitif, supervision constante : elle a besoin d'aide pour s'habiller, pour la toilette, d'être accompagnée aux toilettes et perd peu à peu la continence (régression de 18 à 45 ans)
- Stade 7 – Problèmes avancés d'ordre cognitif : elle a un vocabulaire limité pour enfin ne répondre que par un seul mot, elle perd la capacité de marcher et de s'asseoir, elle devient incapable de sourire (régression de 0 à 15 ans)

Nous pouvons en déduire qu'un malade en stade 5, qui sait encore accomplir certaines tâches élémentaires de la vie quotidienne mais pas toutes, pourra évoquer facilement ses souvenirs de la quarantaine, et on le stimulera davantage en lui parlant de cette période ;

---

sur le plan du comportement, il aura tendance à se conduire de la même manière qu'à cette époque-là... c'est du moins ce que prévoit la théorie.

Ces approches seront retravaillées dans le cadre de la formation du personnel pour une meilleure connaissance du public et une adaptation de l'accompagnement. Les projets d'animation seront aussi à cibler en fonction de ces différents stades.

#### *2.1.1.2 La démence à corps de Lewy – DCL –*

Dans le cas de cette pathologie, les symptômes évocateurs de la maladie d'Alzheimer cohabitent avec des signes parkinsoniens. Il existe cependant des critères assez précis pour l'isoler :

- tremblement de repos ; hypertonie ou rigidité ; akinésie (mouvements rares et lents)
- troubles de l'attention, des fonctions exécutives, de l'orientation, du jugement
- hallucinations visuelles très précises dans un climat anxieux et pseudo-confusionnel, hallucinations que le malade peut décrire de façon très précise

L'évolution de la maladie est très variable dans le temps, mais généralement plus rapide que celle de la maladie d'Alzheimer typique. Cependant des lésions évocatrices de la maladie d'Alzheimer sont souvent présentes et rendent compte de formes mixtes qui sont les plus fréquentes.

Nos résidents diagnostiqués DCL présentent tous d'importantes crises hallucinatoires qui demandent un accompagnement très spécifique. Nous constatons aussi des troubles du raisonnement particulièrement installés.

#### *2.1.1.3 Les dégénérescences fronto-temporales – DFT –*

Pendant longtemps, elles étaient symbolisées par la maladie de Pick. Ces démences sont plus fréquentes chez les personnes de moins de 65 ans avec une possible agrégation familiale. Elles sont caractérisées par la prédominance des troubles du comportement par rapport aux troubles cognitifs :

- apathie, instabilité affective, désinhibition
- déclin dans les conduites sociales et interpersonnelles
- distractibilité
- persévérations...

Nos résidents relevant d'une DFT peuvent parfois présenter des réactions très « frontales », situations que l'on retrouve également chez les personnes présentant une DCL. L'accompagnement de ces pathologies s'en trouve complexifié en raison des réactions parfois imprévisibles et d'une lourde tendance à l'opposition.

#### 2.1.1.4 Les démences vasculaires

Elles sont directement liées soit à un événement cérébro-vasculaire aigu, soit à une évolution de lésions vasculaires chroniques disséminées. On note deux formes de démence vasculaire :

- Une forme marquée par une survenue brutale des troubles cognitifs et une progression de ces troubles par à-coups
- Une forme d'évolution progressive avec des troubles neuropsychologiques qui prédominent sur les fonctions exécutives et comportementales (apathie, hyperémotivité, irritabilité...)

La connaissance de tels antécédents est nécessaire aux soignants pour réagir convenablement et alerter, lorsqu'ils constatent un phénomène d'apathie accentué qui peut révéler un nouvel événement cérébro-vasculaire.

#### 2.1.1.5 Les démences mixtes

Une proportion significative de maladie d'Alzheimer (de l'ordre de 30%) est associée à des facteurs cérébro-vasculaires significatifs. On parle alors de démences mixtes car les profils cognitifs croisent ceux des deux types de démence.

### 2.1.2 La prévalence de la démence

La maladie d'Alzheimer est la pathologie neurodégénérative la plus fréquente dans le monde. Elle affecterait plus de 25 millions de personnes, dont la moitié dans les pays occidentaux où l'âge moyen de la population est élevé. Les autres causes de démence les plus répandues sont les démences vasculaires, la dégénérescence lobaire fronto-temporale et la démence à corps de Lewy.

Fig. 23 - Distribution diagnostique de l'ensemble des patients examinés dans la région en consultations mémoire 1997-2001 (n=12.029)

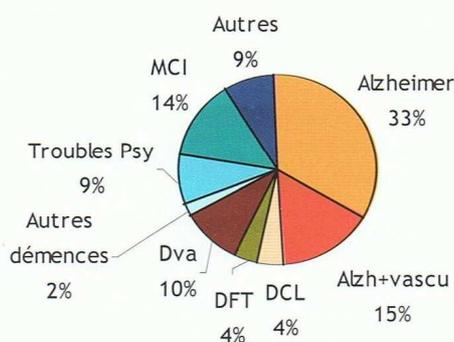
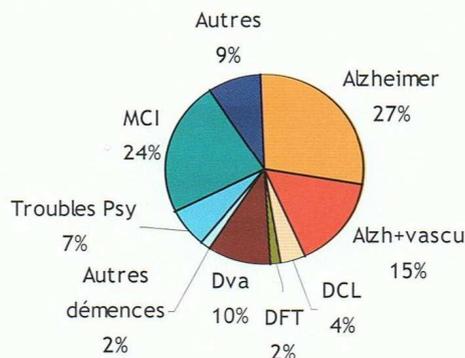


Fig. 24 - Distribution diagnostique de l'ensemble des patients examinés dans la région en consultations mémoire en 2002-2006 (n=23.554)



Synthèse & analyse de l'activité du CMRR et des consultations Mémoire du Nord Pas-de-Calais

Cependant, « *il est souvent difficile, voire impossible, d'établir une distinction fiable entre les sous-types de démence. Des lésions maladie d'Alzheimer sont concomitantes de 66 % des démences à corps de Lewy et de 77 % des démences vasculaires. [...] La fréquence des démences vasculaires augmente avec l'âge alors que celle des démences fronto temporales et des démences à corps de Lewy diminue avec l'âge.* »<sup>63</sup>

Le syndrome démentiel peut ainsi prendre plusieurs formes, mais il se caractérisera toujours par des troubles de la mémoire, des troubles des fonctions instrumentales (langage, praxies,gnosies...), des troubles des fonctions intellectuelles supérieures (fonctions cognitives), des troubles des fonctions exécutives (raisonnement, pensée abstraite, organisation, exécution des activités cognitives...) et des symptômes psychologiques et comportementaux (SSPCD).

Connaître les différents types de démence dont sont affectés nos résidents doit permettre d'adapter notre accompagnement et d'anticiper les possibles réactions typiques.

### **2.1.3 Les troubles de la mémoire**

Le trouble mnésique est le premier trouble qui est relevé dans le syndrome démentiel, et plus particulièrement dans la maladie d'Alzheimer. Il convient de distinguer le concept de la mémoire de celui de l'apprentissage : si la mémoire est notre capacité à nous rappeler nos expériences passées, l'apprentissage est le processus qui va modifier un comportement ultérieur. La mémoire est donc essentielle à tout apprentissage puisqu'elle permet le stockage et le rappel de ces informations apprises. Mais la mémoire humaine n'est pas un processus unitaire. Différents types de mémoire sont à l'œuvre chez l'être humain et ces systèmes mettent en jeu différentes parties du cerveau.

Un premier critère, celui de la durée du souvenir, permet de distinguer au moins trois types de mémoire : la mémoire sensorielle, la mémoire à court terme et la mémoire à long terme (mais d'autres critères amènent d'autres subdivisions que nous ne détaillerons pas). Une vision « anatomique » de la mémoire est beaucoup trop réductrice et on ne peut déterminer une structure pour chaque type de mémoire, mais plutôt des réseaux connectant différentes régions cérébrales.

La mémoire sensorielle conserve fidèlement mais très brièvement l'information apportée par les sens. Sa durée est si courte (de l'ordre de quelques centaines de millisecondes à une ou deux secondes) qu'elle est souvent considérée comme faisant partie du processus

---

<sup>63</sup> CLEMENT JP., décembre 2009, *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion

de perception. Elle n'en constitue pas moins un passage obligé pour le stockage dans la mémoire à court terme.

La mémoire à court terme enregistre temporairement les événements qui s'enchaînent dans nos vies. C'est par exemple un visage croisé qui se dissipera rapidement à tout jamais si on ne fait pas un effort conscient pour s'en rappeler. Elle dure quelques dizaines de secondes seulement. La mémoire à court terme est ce qui va permettre le stade de rétention suivant, la mémoire à long terme.

La mémoire à long terme sert non seulement à emmagasiner tous les événements significatifs qui jalonnent notre existence, mais aussi à retenir le sens des mots et les habiletés manuelles apprises. Sa capacité semble illimitée et elle peut durer des jours, des mois, des années, voire toute une vie. Toutefois, elle est loin d'être infallible, déforme parfois les faits et sa fiabilité tend à décroître avec l'âge.

La mémoire à long terme fait référence à des souvenirs durables. Mais d'autres critères que la durée peuvent nous aider à décortiquer le phénomène complexe de la mémoire.

Un autre de ces critères est notre capacité ou non à verbaliser un souvenir. Deux grands systèmes de mémoire se dessinent alors : la mémoire déclarative est celle de toutes ces choses dont on a conscience de se souvenir et que l'on peut décrire verbalement. Retenir son nom relève de ce type de mémoire. La mémoire non-déclarative, également appelée mémoire implicite, s'exprime autrement qu'avec des mots : faire un lacet, nager ou faire du vélo sont des actions qui font appel à un apprentissage moteur qui n'a pas besoin du langage pour s'exprimer. La mémoire d'un savoir-faire est l'un des types particuliers de mémoire implicite, mais il y en a d'autres.

Bien que chacune ait son mode de fonctionnement particulier, ces mémoires collaborent étroitement dans le processus de mémorisation. Quelles que soient les formes d'atteinte de la démence, il existe trois grandes catégories de défaillance de la mémoire : les troubles du rappel, ceux de la mémorisation et l'amnésie rétrograde.

#### *2.1.3.1. Les troubles du rappel*

Ce sont les troubles de la récupération des souvenirs que l'on constate dès le début de la maladie. Les personnes qui en sont atteintes doivent être aidées et disposer de plus de temps pour retrouver leurs souvenirs.

### *2.1.3.2 Les troubles de la mémorisation ou amnésie antérograde*

Lorsque cette atteinte est grave, la personne ne parvient pas à retenir une information nouvelle. L'information pénètre bien dans la mémoire de travail mais ne passe plus dans les mémoires à long terme. Le résident, par exemple, n'aura pas le souvenir d'avoir pris son petit déjeuner alors qu'il sort de table.

En revanche, et grâce aux voies d'enregistrement affectives, les informations et les situations émotionnelles riches, affectivement fortes, pourront être mémorisées mais principalement sous la forme émotionnelle. Lorsque l'atteinte de la maladie est importante, ces souvenirs et empreintes émotionnelles vont jouer un rôle important pour dicter les réactions de la personne.

### *2.1.3.3 L'amnésie rétrograde*

Au fur et à mesure de l'évolution de la démence, se produit un phénomène d'oubli : la personne atteinte commence à perdre des informations déjà présentes dans ses différentes formes de mémoire. Une résidente répondra par exemple à son nom de jeune fille mais aura oublié son nom d'épouse.

Toutes les mémoires ne sont pas touchées de la même façon, ni en même temps. La première mémoire atteinte est la mémoire sémantique, celle des connaissances, des mots..., puis la mémoire autobiographique, des faits récents aux plus anciens, enfin plus tardivement la mémoire procédurale, entraînant peu à peu l'oubli des gestes essentiels comme manger ou se laver.

L'amnésie rétrograde a cela de surprenant que ces souvenirs disparus peuvent, à certains moments, réapparaître de façon totalement aléatoire. Une résidente dont le mari est décédé trois semaines après leur arrivée ne se souvient pas que son mari est décédé, mais est capable de verbaliser qu'ils sont arrivés ensemble et qu'elle a cousu les étiquettes de ses vêtements à ses côtés dans leur chambre.

### *2.1.3.4 Le plongeon rétrograde*

On doit la dénomination de plongeon rétrograde à deux neuropsychologues canadiens, Daniel Taillefer et Daniel Geneau. Lors de ces plongeurs rétrogrades, les malades se retrouvent plongés dans différentes périodes de leur passé. Ainsi une résidente pourra demander de l'aide auprès des soignants, les suppliant en pleurs de l'aider à rentrer chez ses parents, expliquant qu'elle sort de l'école où ses camarades ont encore été particulièrement méchantes.

Un autre résident, chaque jour en sortant du restaurant, cherchera à quitter la structure pour rejoindre sa voiture sur le parking pour partir en « tournée. »

L'ensemble de ces troubles mnésiques sont générateurs d'angoisse et de sentiment d'incompréhension pour le résident. Ils peuvent être décuplés lorsque, couplés à une aphasie ou à un trouble du mot, ils ne peuvent plus être pleinement exprimés. Ces situations peuvent également, en cas d'incompréhension ou de mauvais positionnement du soignant, engendrer des phénomènes d'agressivité ou d'agitation, mettant souvent les soignants en situation d'échec.

Mais d'autres troubles du comportement existent, qui ne sont pas nécessairement la conséquence d'un trouble mnésique ou d'un phénomène d'incompréhension. Les signes et symptômes psychologiques et comportementaux sont une conséquence du syndrome démentiel. Ils doivent être distingués des troubles liés à une confusion, à une autre affection organique ou à une iatrogénie.

#### **2.1.4 Les signes et symptômes psychologiques et comportementaux**

Ils s'expliquent par des réactions psychologiques ou des perturbations neurobiologiques sous-jacentes. Ils accélèrent le déclin cognitif et diminuent sensiblement la qualité de vie du malade et de l'entourage. L'ensemble de ces troubles rend la personne hypersensible à la fatigue, aux perturbations attentionnelles, et à tout ce qui risque de la détourner de ce qu'elle est en train de faire, ou de penser. L'atmosphère générale qui entoure le résident comme la qualité relationnelle des relations entre lui et les autres vont prendre de plus en plus d'importance. Si à certains moments la personne démente ne peut comprendre cognitivement qui s'adresse à elle, qu'un soignant est un soignant et qu'il n'agit pas ainsi pour lui faire du mal, elle pourra en revanche percevoir, grâce à des paroles, des gestes, un timbre de voix, des regards, que celui qui s'adresse à elle s'inscrit dans une démarche bienveillante. On parle alors d'empreinte émotionnelle positive.

Le Docteur Jeffrey Cummings, célèbre créateur de l'inventaire neuropsychiatrique (NPI), a répertorié les signes et symptômes psychologiques et comportementaux suivants :

Apathie : 64%	Anxiété : 60%
Dysphorie : 47%	Agitation en fin de journée : 42%
Irritabilité : 38%	Déambulation : 35%
Alimentation : 30%	Délire : 24%
Sommeil : 20%	Désinhibition : 14%
Hallucinations : 12%	Euphorie : 9%

Ces données sont à rapprocher de l'évaluation des NPI de nos résidents. On constate ainsi des dissemblances importantes qu'il conviendra de réinterroger pour voir si la

variété, l'intensité et l'importance de leurs troubles se confirment dans le temps ou si au contraire, ils ne sont qu'une conséquence du bouleversement engendré par l'entrée en structure.

L'évaluation de ces troubles est en revanche essentielle pour orienter notre accompagnement et le mettre en lien avec les besoins des résidents.

## **2.2 La relation d'aide**

L'accompagnement d'une dépendance en EHPAD vient questionner la nature de la relation d'aide, tant de la part de l'environnement affectif que de la part d'une aide globale par les praticiens et l'environnement plus global.

Ainsi que nous l'avons abordé dans la première partie, nos résidents sont à des stades différents de la maladie. Cette situation se traduit par des degrés divers de dépendance et engendre des besoins très disparates : l'aide que nous leur apportons doit non seulement répondre à ces besoins hétérogènes mais également s'adapter pour répondre aux conséquences des troubles du comportement.

### **2.2.1 Le point de vue des familles**

Compte tenu de la difficulté à communiquer avec la majeure partie des résidents, recueillir leur avis de façon cohérente est complexe, ce qui ne signifie pas pour autant qu'ils ne soient pas en mesure d'exprimer leurs désirs, mais plutôt que ces besoins varient en fonction des moments et des circonstances. Le sentiment d'abandon est en revanche régulièrement exprimé selon les moments de conscience. Ainsi, une résidente nous confia au cours d'un échange : « *ils ne viennent jamais me voir, je ne sais même plus si ma mère est encore vivante ou non, je m'ennuie ici, je suis inutile* ». Ces ressentis d'ennui et d'abandon sont récurrents, et c'est un sujet difficile à aborder avec les familles qui elles-mêmes souffrent et culpabilisent de ce qu'elles appellent encore trop souvent « *le placement* ». Il nous a ainsi paru intéressant de leur demander quelles étaient leurs attentes vis-à-vis de notre accompagnement. Les réponses, finalement peu variées, expriment les données suivantes :

- que le personnel leur donne de l'affection et les reconforte lors de « coups de blues »
- que le personnel leur donne de la douceur, de l'attention, de la dignité
- que le personnel prenne le temps de faire les choses avec eux, de ne pas les bousculer, de ne pas générer d'angoisse
- qu'un lien étroit puisse continuer à exister avec les familles
- que leur image antérieure soit préservée

- qu'ils bénéficient d'accompagnement, de confort, de soutien, d'apaisement, d'écoute
- qu'ils soient l'objet d'attention, de compréhension, de stimulation, d'affection.

Pour rationaliser ces constats, rencontrer le Professeur CLEMENT pour savoir ce qu'étaient, selon lui, les objectifs de l'accompagnement d'une personne âgée démente au sein d'un EHPAD nous a semblé pertinent.

### **2.2.2 Le point de vue d'un psycho-gériatre**

Il ressort de cet entretien que l'entrée en hébergement doit avant tout être considérée comme un soin visant à répondre aux besoins essentiels suivants :

- favoriser le bien-être de la personne accueillie
- axer le soin sur l'apaisement, la détente
- maintenir l'orientation dans la réalité et dans le quotidien
- optimiser les capacités restantes
- favoriser l'autonomie et aider plutôt qu'assister ou faire à la place
- communiquer

Il rejoint sur ce point Peter Whitehouse lorsque celui-ci écrit : *«Au lieu de bourrer nos patients de neuroleptiques et d'antidépresseurs, nous devons commencer à intégrer de nouvelles thérapies humanistes dans notre politique globale de soins : pratiques narratives, musicothérapie, art-thérapie, thérapies avec les animaux et toutes formes de thérapies dans lesquelles les gens interagissent avec d'autres êtres humains et avec la nature. C'est dans la relation d'aide globale, et non dans les prouesses technologiques que nous pouvons trouver le véritable espoir pour la maladie d'Alzheimer»*.<sup>64</sup>

Le Professeur Clément ne dit pas autre chose lorsqu'il parle de bien-être, d'apaisement, de détente et de communication.

### **2.2.3 La relation d'aide globale**

Les orientations de notre projet d'établissement rejoignent les mots de Peter Whitehouse lorsque celui-ci souligne l'importance d'intégrer des nouvelles thérapies humanistes : *« la maladie d'Alzheimer change l'individualité, mais ne l'efface pas complètement et ne crée pas des non-personnes qui ne seraient que des coquilles d'elles-mêmes. »*<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> WHITEHOUSE P.J. / GEORGE D., 2009, *Le mythe de la maladie d'Alzheimer, ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté*, Solal

<sup>65</sup> Id.

Pour Naomi Feil, « *les vieux désorientés ne sont pas loin de leur esprit, et sans esprit, mais plutôt ils auraient pris place à l'intérieur de leur esprit, dans le sens où ils se situent dans une réalité personnelle qui est souvent assez différente de notre réalité [...] Du point de vue de la personne désorientée, son comportement est motivé par la poursuite d'un objectif. Du point de vue du soignant, il est souvent difficile de trouver un sens au comportement de la personne*<sup>66</sup>. »

Selon elle, le soignant devra donc se mobiliser pour tenter de trouver une signification potentielle du comportement, explorer cette réalité différente et se décentrer pour lui accorder plus de valeur que la réalité objective des faits. Le soignant pourra alors mieux appréhender la personne et créer, avec elle, une relation chaleureuse et bienveillante.

Selon le mot de la psychologue Michèle Grosclaude, la personne qui souffre de démence est un sujet qui peut être perdu mais qui reste toujours retrouvable. « *Dans la démence, la personne ne disparaît pas, mais elle erre douloureusement dans un monde qui tout à coup prend, pour elle et pour ses proches, une figure chaotique. [...] Elle est perdue, certes, mais elle est toujours retrouvable pour peu que nous prenions la peine de partir à sa recherche. [...] Cela signifie qu'il faut chercher la personne là où elle se trouve et non là où nous voudrions qu'elle soit. [...] Nous ne retrouverons la personne perdue que quand nous serons prêts à la voir en tant que personne à côté des symptômes démentiels*<sup>67</sup>. »

Cette interpellation éthique est essentielle pour poser des bases solides à l'accompagnement quotidien des soignants.

Pour Yves Gineste et Jérôme Pélissier, « *un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne (ou d'un groupe de personnes) ayant des préoccupations ou des problèmes de santé pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit, en aucun cas, détruire la santé de cette personne*<sup>68</sup>. »

En 1946, puis en 1978, l'OMS a défini la santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

---

<sup>66</sup> DE KMERK-RUBIN V., *La méthode de Naomi Feil à l'usage des familles*, Editions Lamarre 2010

<sup>67</sup> COLLAUD T., GOMEZ C., janvier 2010, *Alzheimer et démence. Rencontrer les malades et communiquer avec eux*, Editions Saint Augustin

<sup>68</sup> GINESTE Y., PELISSIER J., mars 2007, *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Armand Colin

Tout au long de notre vie, nous prenons soin de nous-mêmes, nous tentons d'améliorer notre santé, notre bien-être, de maintenir nos capacités. Or, lorsque notre état ne nous permet plus de prendre soin de nous-mêmes, c'est aux soignants qu'il revient cette lourde tâche.

Le « prendre soin » en gérontologie ne peut exister sans l'implication de toutes les personnes susceptibles d'aider ceux dont nous avons à prendre soin ou à maintenir leur santé, et donc leur bien-être et leur qualité de vie : soignants au sens large (du cadre IDE à l'AVS en passant par les psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeutes...), animateurs, personnel de cuisine, directeur d'établissement, familles, intervenants bénévoles...

#### **2.2.4 De « l'aide globale » au « prendre soin »**

Prendre soin pour Walter Hesbeen<sup>69</sup>, c'est « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé. Elle s'inscrit également dans un acte de vie avant même d'apparaître comme le pourtour qui caractériserait telle ou telle profession. La perspective soignante procède ainsi d'une tonalité générale humainement plus engagée. Elle s'inscrit dans un élan par lequel l'ensemble des acteurs d'une structure, quelle que soit leur fonction, participe au développement d'un esprit soignant. Ils œuvrent de la sorte pour une plus grande atmosphère d'humanité qui concerne dans les faits chaque personne, que celle-ci soit soignée ou soignante ou en charge d'un poste logistique ou encore parent ou ami d'un malade.* »

L'acte de soin en tant que tel est un bon vecteur pour entrer en contact avec l'autre et permettre l'échange afin de générer du lien.

Selon la théorie du don de Marcel Mauss, reprise par Richard Vercauteren et Nathalie Babin dans leur ouvrage *Un projet de vie pour les personnes âgées*, il est établi que lorsqu'un acteur (le soignant) donne à un autre acteur (le soigné), ce dernier répond par « *un contre-don* » qui donne naissance à une relation sociale permettant d'exister aux yeux des uns et des autres. Le « *contre don* » pourra être différé, notamment dans le cas des relations avec une personne âgée démente. « *Nous devons sortir de l'illusion de l'indépendance absolue pour reconnaître que la vraie vie humaine se vit dans la*

---

<sup>69</sup> Revue *Perspective soignante*, 1999, n°4, Edition Seli Arslan, Paris

*dépendance des uns par rapport aux autres, c'est-à-dire dans l'interdépendance<sup>70</sup> ».* Michel Laforcade ne dit pas autre chose lorsqu'il parle de pourvoyance et d'interdépendance les uns aux autres<sup>71</sup>, y compris dans l'accompagnement d'une personne en fin de vie.

Mais prendre soin, c'est aussi favoriser avant tout le maintien de l'autonomie ; notre vie est parsemée de différents moments d'apprentissage, à des niveaux de complexité divers selon les étapes de notre vie. L'entrée en EHPAD ne doit pas être l'arrêt brutal de ces temps d'apprentissage, quand bien même leur difficulté serait accentuée par la dépendance. Se pose alors la difficulté de pouvoir distinguer entre le « faire-faire », et le « faire à la place de ». Les contraintes budgétaires étant particulièrement drastiques, une vigilance particulière s'imposera sur ce point particulier. Le projet de soin sera alors essentiel pour constituer un garde-fou à nos pratiques. Selon J.J. Amyot, le projet de soins définit « *les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie du résident. Il doit être en cohérence avec les orientations de l'institution. Il sert de référence à la réflexion soignante en termes d'évolutivité des méthodes et des conceptions. Il relève de la responsabilité du médecin coordonnateur qui doit s'assurer du concours de l'équipe soignante. Le projet de soins doit être adapté à chaque EHPAD et doit formaliser des procédures et des protocoles permettant une meilleure prise en charge des personnes en fin de vie, de la douleur, des personnes souffrant d'incontinence et d'altération des fonctions cognitives, de la prévention des chutes, des escarres et de la perte d'autonomie.* »<sup>72</sup>

Empathie, respect, patience, écoute, bienveillance et tolérance sont donc quelques-uns des savoir-être et des savoir-faire à combiner pour offrir une prise en soin conforme aux besoins des personnes âgées démentes et à la qualité du service décrite dans le dossier CROSMS.

### **2.2.5 Du « prendre soin » à la philosophie de l'Humanitude**

Le sous-titre de l'ouvrage éponyme d'Yves Gineste et Jérôme Pélissier est « *comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux* ».

---

<sup>70</sup> COLLAUD T., GOMEZ C., janvier 2010, *Alzheimer et démence. Rencontrer les malades et communiquer avec eux*, Editions Saint Augustin

<sup>71</sup> 6<sup>ème</sup> journée départementale de la gérontologie, Rilhac Rancon (87) le 16 septembre 2010

<sup>72</sup> AMYOT J.J., MOLLIER A., février 2007, *Mettre en œuvre le projet de vie dans les établissements accueillant des personnes âgées*, Editions Dunod

L'Humanitude, basée sur les concepts de Bienveillance et de Règles de l'Art dans le soin, regroupe un ensemble de théories et de pratiques. Rapprocher le soignant et le soigné dans leur humanité, améliorer les soins et le prendre soin des personnes en établissement et à domicile, accompagner ainsi les personnes âgées dans la tendresse et le respect de l'autonomie, debout et jusqu'à la fin de la vie, sont quelques-unes des finalités mises en avant.

Mais le concept d'Humanitude semble aller au-delà de celui de l'humanité, souvent synonyme de bienveillance ou de compassion. Le terme « Humanitude » a été conceptualisé par Freddy Klopfenstein<sup>73</sup>, puis popularisé par Albert Jacquard notamment au travers de cette définition : *« Les cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites, désignons-les par le mot humanitude. Ces cadeaux constituent l'ensemble des caractéristiques dont, à bon droit, nous sommes si fiers, marcher sur deux jambes ou parler, transformer le monde ou nous interroger sur notre avenir »*<sup>74</sup>

En 1989, un gériatre français, Lucien Mias, introduit pour la première fois le terme d'humanité dans les soins. Mais ce n'est qu'en 1995 qu'Yves Gineste et Rosette Marescotti s'en saisissent pour formaliser une nouvelle philosophie de soin qu'ils baptisent « la philosophie de l'Humanitude ». En effet, selon eux, *« toutes les actions soignantes se réfèrent toujours à une philosophie de soin. Une philosophie de soin a entre autres pour objet l'étude des principes fondamentaux d'une activité, d'une pratique, des réflexions sur leurs sens et leur légitimité. La philosophie de l'Humanitude, développée dans le cadre de la méthodologie des soins Gineste-Marescotti, constitue une réflexion sur les caractéristiques que les hommes possèdent et développent en lien les uns avec les autres, sur les éléments qui font que chaque homme peut reconnaître les autres hommes comme des semblables »*.

*« Dans cette philosophie nous définissons la personne : Une Personne... est un être humain... L'Être Humain est un animal... Celui qui prend soin d'un animal qui a des problèmes de santé est un vétérinaire... Oui, mais l'humain est un animal particulier... L'humanité est l'ensemble de ces particularités : Le rire, l'humour, l'intelligence*

---

<sup>73</sup> Journaliste écrivain suisse

<sup>74</sup> JACQUARD A. Communication au colloque de Royaumont en 1985, « pour une approche scientifique de la psychosomatique », Cahier d'école n°1, 1985

*conceptuelle, la verticalité, l'habit, la socialisation : famille, repas etc... On ne devient soignant qu'en s'occupant de l'humanité. »<sup>75</sup>*

L'essentiel, au-delà du choix des mots, est bien de pouvoir déterminer une philosophie de soins qui ancre le prendre-soin dans le socle de notre humanité, c'est-à-dire qui lui permette de ne jamais provoquer une réduction ou une destruction des promesses et des facultés fondamentales des êtres humains : *« La relation soignant-soigné actualise concrètement, dans les soins, ces liens d'humanité qui nous relient les uns aux autres. »<sup>76</sup>*

Notre conception du métier de soignant ne nous permet pas d'imaginer la fonction autrement qu'elle est définie dans la philosophie de l'Humanité. Elle implique de reconnaître les autres hommes comme des semblables, de réfléchir sur le sens et la légitimité des pratiques, de ne jamais provoquer une réduction des facultés fondamentales des êtres humains, mais de veiller au contraire à les maintenir. C'est le minimum requis pour aborder, sinon la bienveillance, au moins la non-maltraitance et de bonnes pratiques professionnelles.

De prime abord, l'élaboration d'une philosophie du soin sur la base de ces concepts nous a laissés un peu sceptiques, tant la nécessité d'une telle attitude nous paraissait évidente et indispensable. Puis, lorsque nos lectures ont abordé le chapitre concernant la prise en soin des troubles du comportement, ce passage nous a interpellés : *« Le regard, la parole, le toucher, la verticalité sont les quatre piliers les plus importants de cette mise en humanité. [...] Nous développons une approche non verbale de la manutention, proposons d'intégrer la réhabilitation du schéma corporel dans les toilettes. [...] Nous passons très vite d'une approche ergonomique de la manutention des malades à une approche humaniste et réhabilitatrice. [...] Nos recherches sur le toucher nous permettent de développer des techniques de mobilisations basées sur la douceur, la mémoire des moments de bonheur »<sup>77</sup>*

Si le dossier CROSMS n'aborde pas l'Humanité, cette phrase résume pourtant la philosophie de son projet d'accompagnement et notamment son orientation au travers de la stimulation sensorielle. L'articulation entre le soin thérapeutique et le soin relationnel, comme le fait qu'il ne puisse y avoir de soins sans préalable dans les attitudes, les paroles ou les actes, rend la relation soignant-soigné plus aidante. Cette approche

---

<sup>75</sup> GINESTE Y., PELISSIER J., mars 2007, *Humanité : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Armand Colin

<sup>76</sup> Id.

<sup>77</sup> Id.

différente du soin revient à parler d'éthologie humaine. Elle réinterroge également le concept de la distance thérapeutique, alors que la mise à l'écart des émotions est un principe fondamental dans la formation des soignants.

Passer par ces étapes de réflexion nous permet d'aiguiser, peu à peu, la représentation spécifique que l'on souhaite donner au soin au sein de notre structure.

## **2.2.6 Des méthodologies spécifiques à l'accompagnement de la démence**

Face à la spécificité de notre public et aux troubles du comportement qui en découlent, troubles appelés « *troubles d'agitation pathologique* » dans la philosophie de l'Humanitude, une approche différente de l'approche soignante strictement orientée vers le soin est sous-tendue par le dossier CROSMS.

### *2.2.6.1 La capture sensorielle*

Lorsqu'Yves Gineste et Rosette Marescotti écrivent qu' « *il est essentiel de ne pas faire l'économie d'un questionnaire, d'une évaluation face à ce type de trouble* », ils abordent le point principal de notre accompagnement. La particularité des syndromes cognitivo-mnésiques fait que la personne dont les facultés cognitives sont affaiblies ne parvient plus à saisir la cohérence de son environnement, ne comprend pas l'objectif de l'accompagnement, et parfois, ne reconnaît pas non plus le soignant. Par conséquent, chacun des actes dirigés vers elle sera ressenti comme une agression.

« *Le premier objectif du prendre soin consiste à rassurer ces personnes, à entrer en relation avec elles et à procéder au soin de la manière la plus apaisante possible* »<sup>78</sup>. Les capacités de ressenti émotionnel étant préservées, à l'inverse des autres mémoires et des capacités cognitives, cette persistance rend ces personnes hypersensibles affectivement et en proie à de l'anxiété et de l'angoisse. Cette angoisse démultiplie les risques qu'un contact non ajusté soit ressenti comme une forme d'agression et provoque, en retour, une réaction défensive sous forme d'agressivité ou d'agitation.

Or, lorsque nous abordions, toujours au chapitre précédent, les troubles de l'inventaire neuropsychiatrique relevés par le Dr Cummings, l'agressivité ne fait pas partie de ces troubles caractéristiques ; en revanche, l'irritabilité en fait partie et peut être un terrain fertile à l'agressivité. Cela ne signifie pas pour autant que chaque réaction agressive soit la conséquence d'un prendre soin non approprié ; d'autres situations peuvent en être à

---

<sup>78</sup> GINESTE Y., PELISSIER J., mars 2007, *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Armand Colin

l'origine : un élément de l'environnement général, une souffrance psychologique, une douleur physique, une frustration, un inconfort matériel... L'évaluation des troubles du comportement doit être réalisée en équipe pluridisciplinaire. Cela conforte le sens de notre approche d'une prise en soin globale.

Enfin, au-delà du souci de prise en soin des troubles neuropsychiatriques, il est indispensable de garder à l'esprit l'importance de la communication extra-verbale. Car même si l'on constate l'affaiblissement de certains sens au fur et à mesure que les personnes vieillissent, les émotions et leurs expressions perdurent et restent intactes.

La philosophie de l'Humanitude rapproche le principe de la communication avec des personnes âgées des principes de communication naturelle que nous instaurons avec les jeunes enfants. A première lecture, ce positionnement interroge eu égard au respect de la personne âgée, de ce qu'elle a été et de ce qu'elle continue à être et à exprimer. Mais les auteurs posent, d'emblée, le cadre et les limites à cette méthode : *« il ne s'agit pas de demander aux soignants de donner aux personnes dont ils prennent soin ce que les parents donnent à leur bébés. Il s'agit, dans le cadre d'une approche professionnelle, de profiter de ces savoir-faire et de ces gestes si efficaces, depuis des milliers d'années, pour la mise en humanité. [...] Rappelons-le : l'infantilisation des hommes vieux ne provient pas du fait d'utiliser des regards, des gestes, des paroles facteurs de bien être pour ceux qui les reçoivent. Elle advient, lorsque les soignants s'attribuent un pouvoir illégitime sur la personne, lorsqu'ils ne respectent pas ses capacités et sa dignité, lorsqu'ils n'ajustent pas le prendre soin. »*<sup>79</sup>

Il convient donc de mettre en application les mêmes principes : entrer progressivement dans l'univers de la personne : *« frapper à la porte, annoncer verbalement son arrivée, se faire voir arriver, entrer en relation par le regard, entrer en relation par le toucher... »*<sup>80</sup>. L'approche visuelle se fera obligatoirement dans un tunnel de communication : le soignant arrivera seul, accrochera le regard de la personne en se présentant face à elle, en se positionnant à hauteur de ses yeux afin que celle-ci discerne aisément son regard et son expression. La parole sera présente dès l'entrée dans le champ visuel et les phrases prononcées seront toujours à composante d'aide : *« Bonjour, je m'appelle Guylaine et je viens pour vous aider. Je viens m'occuper de vous et je vais vous aider »*. Les mots choisis devront toujours être dans le sens du positif et de l'agréable, quel que soit le sens de la phrase. Une formulation du type *« qu'est-ce qui vous ferait plaisir de boire ? »* sera

---

<sup>79</sup> GINESTE Y., PELISSIER J., mars 2007, *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Armand Colin

<sup>80</sup> Id.

préférable à « *que voulez-vous boire ?* ». Le lien par la voix devra perdurer aussi longtemps que la présence l'imposera, afin de pallier le déficit de mémoire immédiate.

Le premier contact physique aura lieu sur une partie du corps assez peu sensible, une épaule ou un avant-bras, après avoir laissé la possibilité à la personne de se saisir de la main venant à sa rencontre. La prise de contact sera ainsi apaisée et devrait permettre le déroulé du soin sans agitation ni angoisse excessive, en sollicitant particulièrement la mémoire émotionnelle.

L'ensemble de ces « préliminaires au soin », première étape de la « *Capture Sensorielle* », est suivi par une autre phase dénommée « le Rebouclage Sensoriel ». Lorsque la personne est très agitée pendant le soin, la présence d'un deuxième soignant peut s'avérer judicieuse : pendant que l'un accomplit le soin, le deuxième maintient le lien par le geste, la parole et le regard ; ils agissent alors en boucle et en harmonie pour apaiser le résident. Au cours de cette phase, la mémoire permettra à la personne prise en soin de ressentir l'atmosphère, l'apaisement et le bien-être ressenti. « *Le soignant peut aider à cette consolidation, à cette impression en mémoire émotionnelle en évoquant, à la fin du soin, et avec des mots positifs le fait qu'il se soit bien passé, qu'il était agréable. [...]* Nos observations nous ont montré que les comportements d'agitation ou d'agressivité s'éteignent, en moyenne, au bout de 5 à 15 jours durant lesquels les soignants procèdent ainsi. »<sup>81</sup>

Yves Gineste et Jérôme Pélissier estiment que la capture sensorielle permet de ne résoudre que 75 à 90 % des comportements d'agitation.

Il reste donc un grand nombre de situations où la personne prise en soin souffre et ne supporte pas le soin.

#### 2.2.6.2 *La diversion comme détour nécessaire*

Daniel Geneau et Daniel Taillefer, en travaillant sur le plongeon rétrograde, ont mis au point des techniques basées sur la perte de la faculté de l'attention divisée, sur l'incapacité de la personne à être attentive et concentrée sur deux activités différentes en même temps. « *Il convient donc de focaliser l'attention de la personne sur autre chose que le soin en tant que tel. Cette diversion pourra être réalisée sur la base de l'évocation d'un souvenir, le dialogue avec une tierce personne, l'écoute d'un texte enregistré par un proche dont la voix sera familière et apaisante. Les auteurs précisent cependant que cette procédure ne doit être utilisée qu'en tout dernier recours, lorsque le soin provoque une réelle souffrance et que toutes les autres techniques ont été éprouvées et se sont soldées*

---

<sup>81</sup> GINESTE Y., PELISSIER J., mars 2007, *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Armand Colin

par un échec. »<sup>82</sup> De la même façon, cette technique doit être immédiatement suspendue dès lors que la personne redevient attentive à la situation présente, aux soins qui lui sont donnés.

Le plongeon rétrograde, très fréquent chez nos résidents ainsi que nous l'avons précédemment évoqué, permet également de mettre en œuvre cette stratégie de diversion qui fait dans tous les cas appel à « une triple connaissance :

- *Une parfaite connaissance de l'anamnèse : Le recueil des données de l'histoire de vie du résident à son entrée est une étape essentielle à la prise en soin. Un entretien avec le résident dans la mesure du possible, un entretien avec la famille, réalisé par des membres de l'équipe pluridisciplinaire, tenteront de mettre en lumière les événements marquants de la vie du résident.*
- *Le diagnostic est indispensable pour l'évaluation neuropsychologique et la compréhension des troubles. Peut-on soigner sans connaître ?*
- *L'évaluation des capacités restantes, le principe général restant de ne pas faire à la place du résident.*

*A partir de ces données, si par exemple un patient crie lors de la toilette intime, rendant le soin impossible ou désagréable, l'équipe recherche dans l'échelle de Reisberg<sup>83</sup> dans quelle mémoire rétrograde se trouve le patient. Elle choisit dans les événements de la vie les événements à charge positive forte et aborde le patient en utilisant ces événements. Suivant le stade d'évolution de la maladie, il est souvent plus facile d'utiliser la mémoire procédurale, plus stable dans le temps. Par exemple, présenter un objet familier au patient, objet de l'époque concernée, et lui demander de « faire avec ».<sup>84</sup>*

L'échelle de Reisberg pose le fait que la détérioration intellectuelle s'accompagne d'une régression. Il est fécond pour le soignant de repérer cette régression, et de tenir compte du stade atteint pour entrer en communication avec le malade. Si l'on sait que le résident se trouve dans l'univers de son adolescence, on peut choisir de s'installer avec lui dans cette couche de souvenirs pour les lui faire évoquer, ou à l'inverse, d'essayer de l'en sortir pour parler d'autre chose.

Selon l'Institut Gineste-Marescotti du Canada, « l'utilisation de ces stratégies de diversion lorsque la capture sensorielle échoue permet de résoudre 75 à 95 % des comportements d'agitation ou d'agressivité »<sup>85</sup>.

---

<sup>82</sup> <http://www.sepec.ca/index2.htm>

<sup>83</sup> § 2.1.1.1

<sup>84</sup> CRONE P., janvier 2010, *L'animation des personnes âgées en institution – Aides-soignants et animateurs*, Masson

<sup>85</sup> GINESTE Y., PELISSIER J., mars 2007, *Humanité : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Armand Colin

Ce type de méthode, lorsque l'accompagnateur plonge dans l'espace-temps de la personne prise en soin, fait partie d'un ensemble de techniques comportementales et/ou empathiques.

Cette approche de l'Humanité permet le dépassement du ressenti personnel de chaque soignant et le conduit à s'interroger à chaque nouvelle prise en soin, à ne plus accomplir les mêmes gestes sur des personnes différentes mais au contraire à faire preuve d'imagination, d'initiatives, et de propositions. Il s'agit pour lui d'adapter ses pratiques à la personne prise en soin, de remettre en cause son accompagnement à tout moment en fonction de ce qu'elle lui renvoie, de ce qu'ils ressentent conjointement. C'est une méthode qui ne nie pas qu'une personne âgée, même démente, puisse exprimer encore sa volonté, même si elle a des difficultés à le faire avec des mots. C'est, en résumé, poser le principe que tous les êtres humains, quel que soit leur degré de dépendance, ont la même dignité. « *Cette dignité-là, tout homme la possède du fait de son appartenance à l'espèce humaine. Elle ne peut être ni perdue, ni enlevée, ni diminuée d'aucune manière.* »<sup>86</sup>

Le chaînage entre la compréhension des troubles du comportement, leur prévalence, la prise en compte de différentes méthodologies pour traiter de l'accompagnement de ces troubles, nous invite à traduire ces connaissances dans une stratégie d'adaptation des prestations liées à la connaissance de la spécificité de ces nouveaux besoins.

---

<sup>86</sup> COLLAUD T., GOMEZ C., janvier 2010, *Alzheimer et démence. Rencontrer les malades et communiquer avec eux*, Editions Saint Augustin

## 3 L'ACTUALISATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT

*« Un avenir, cela se façonne,  
un avenir cela se veut »  
Raymond Barre*

### 3.1 Le contexte de l'actualisation

Jean René Loubat écrit<sup>87</sup> : *« le projet [d'établissement] constitue par excellence une déclaration d'existence, répondant à deux questions fondamentales : pour quoi, et comment ? conférant à une quelconque communauté d'action une raison d'être et une identité. Plus prosaïquement, le projet s'affirme aujourd'hui comme un document exigible, permettant de bonnes lisibilités et traçabilité de l'utilité sociale de l'entreprise considérée, de son offre de services, mais aussi de son mode de fonctionnement et de son coût, ainsi que de ses engagements éthiques et qualitatifs. »*

#### 3.1.1 L'actualisation, une stratégie d'adéquation

L'actualisation implique d'abord une conduite qu'il faut expliciter pour faire voir comment on va procéder dans la mise en forme et la réalisation des données, pour le présent comme pour le futur. Elle consiste par ailleurs en un discours sur la méthode : elle agit à partir d'un discours que l'on a pu constater et sur lequel on veut intervenir. Elle implique aussi une action évaluative antérieure de décryptage, afin d'aller vers la maîtrise des éléments recueillis dans la réalité actuelle et d'exploiter utilement le potentiel repéré pour structurer l'avenir.

A ce titre, elle fait appel aux potentialités tant de l'individu que des modes offerts par des organisations et des compétences. Elle conduit à solliciter en interne chaque acteur, chaque professionnel, pour qu'il puisse lui-même rapprocher au mieux l'expression de ses compétences de ce qu'il a découvert par l'analyse des besoins. L'actualisation est donc de nature à faire évoluer en même temps les professionnels et leurs pratiques, et elle ouvre la possibilité de revoir les modes d'organisation et de répartition budgétaire. Le respect de ce qui a été produit et de la réalité actuelle, avec ses limites et ses possibilités, est essentiel : sur le plan éthique, cela se traduit par la volonté affirmée de valoriser les agents et les acteurs. Il convient donc de travailler toujours sur la valeur des indicateurs et des paramètres passés, en les rapprochant des indicateurs et des critères actuels.

---

<sup>87</sup> LOUBAT JR., août 2009, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Dunod

Ce principe de l'actualisation nous autorise à générer un plan d'action et à évaluer ce qu'il va produire, en posant comme objectif premier la recherche d'efficacité, d'efficacités, de cohésion et de cohérence. C'est à ces seules conditions que l'objectif pourra être atteint.

Compte tenu de ce que nous avons observé et des données produites, l'actualisation du projet d'établissement est possible si nous prenons l'initiative de réorganiser des données pour entrer dans les budgets, de retravailler avec le personnel au niveau de l'organisation interne pour pouvoir offrir des prestations en phase avec l'évolution des besoins.

### 3.1.2 Les axes du projet d'établissement

Mais cette actualisation s'inscrit au préalable dans le sens que nous donnons au mot résident. Si tout au long du projet d'établissement initial le rédacteur écrit *résidant*, alors que naturellement nous écrivons *résident*, l'argumentaire avec lequel il justifie ce choix orthographique correspond en revanche parfaitement à notre conception : « *Nous faisons donc le choix de l'appellation « résidant » pour bien mettre l'accent sur une connotation plus positive en termes « d'installation dans un lieu » et de « durée, sur plusieurs années », plutôt que celle de « résident » qui suggère un bref passage, qui est une notion beaucoup plus réductrice, surtout en maison de retraite. »*<sup>88</sup>

Cependant, et dans la mesure où dès 1935 l'Académie Française faisait de *résidant* un adjectif et de *résident* un nom, et où elle précisait en 2007 que cette orthographe était entérinée par l'usage, nous utiliserons dorénavant le terme de *résident*, mais toujours dans l'esprit de la définition du dossier d'établissement initial : celui qui s'installe dans un lieu pour une durée de plusieurs années.

Cette actualisation passera également par l'actualisation des quatre principes fondateurs de notre accompagnement :

- Laisser au résident la liberté de dire non et la respecter : cette liberté passe d'abord par la possibilité de s'opposer à son entrée en structure.
- Laisser au résident la liberté, autant que faire se peut, de vivre à son rythme au sein de la structure : cette liberté passe par le respect de son rythme de vie, de ses horaires de lever et de coucher
- Laisser au résident le temps de faire les choses : privilégier le « faire faire » et l'accompagner pour maintenir aussi longtemps que possible ses capacités

---

<sup>88</sup> Dossier CROSMS – page 25

- Laisser au résident la plus grande liberté d'aller et venir au sein de la structure : ne pas le contraindre dans ses déplacements et exclure de nos pratiques le recours à la contention préventive.

### **3.1.3 Le projet d'établissement en phase avec la loi 2002-2 du 2 janvier 2002**

L'orientation n°1 portant sur le renforcement des droits des usagers définit et guide l'actualisation de notre projet d'établissement. La participation des résidents et de leur entourage est essentielle à la mise en œuvre de notre accompagnement, et les sept éléments essentiels relatifs aux droits fondamentaux du résident guident notre action au quotidien :

- respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité du résident
- libre choix entre les prestations : domicile / établissement
- accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé
- confidentialité des données concernant l'utilisateur
- accès à l'information
- information sur droits fondamentaux et voies de recours
- participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement

L'ensemble des dispositions de la loi n'est pas encore en place au sein de notre établissement et certaines dispositions sont mises en place de façon imparfaite. En effet, dans l'urgence de l'ouverture les livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour ont été rédigés par le service qualité de la MFL en calquant leur rédaction sur les documents qui existent dans les autres établissements.

Ces outils devront, comme pour le projet d'établissement, être retravaillés en groupe de travail pluridisciplinaire incluant les résidents et les familles, pour aboutir à une personnalisation conforme à l'esprit de l'EHPAD.

## **3.2 Le plan d'action**

Compte tenu de ce que nous avons observé, le plan d'action va se déployer en externe vers l'environnement social, politique et culturel pour une meilleure reconnaissance des besoins exprimés par les résidents.

Dans un deuxième temps il se déploiera, toujours par rapport à cet environnement, au travers d'une prise en compte des besoins des familles et de leur place dans cet accompagnement.

Enfin, il nous paraît indispensable d'orienter la troisième partie en direction d'une démarche d'évaluation avec le personnel, pour l'amener à évaluer la mise en œuvre du projet d'établissement et à requalifier en conséquence les prestations offertes.

### **3.2.1 En externe**

Deux axes forts portent notre volonté de contractualiser à nouveau avec l'environnement externe : d'une part, dé-stigmatiser l'EHPAD pour contribuer à changer l'image de la démence et de la maison de retraite ; d'autre part, améliorer la qualité de notre accompagnement des personnes âgées démentes en utilisant toutes les ressources externes qui pourront nous y aider.

#### *3.2.1.1 Un projet de plateforme*

Comme le prouve le GMP élevé, les résidents déments entrent de plus en plus dégradés en EHPAD, ce qui complique leur adaptation à la vie collective. Or, trois des nouvelles entrées réalisées sur les cinq derniers mois concernent des personnes ayant précédemment bénéficié de l'accueil de jour depuis l'ouverture. Force est de constater que leur désorientation a été moins grande et leur adaptation plus facile car le lien avec l'accueil de jour a pu être maintenu. L'entrée a également été vécue de façon moins culpabilisante pour la famille qui était déjà familiarisée avec les lieux et en confiance avec le personnel. Il faut donc tirer parti de cette expérience et la renouveler.

Un appel à projet vient d'être lancé par l'ARS Limousin pour la création d'une plateforme d'accompagnement et de répit destinée aux aidants. Plusieurs motivations nous poussent à proposer la création d'un tel service sur le site de l'EHPAD, en lien avec les deux accueils de jour :

- utiliser notre expérience de terrain relevant de plus de dix ans d'accompagnement pour mettre en avant notre connaissance de la pathologie et la cohérence de nos prestations (accueil de jour, hébergement temporaire et hébergement permanent), pour confirmer notre inscription dans le réseau « Alzheimer » avant que le projet d'EHPAD porté par la Ville de Limoges n'ouvre ses portes au printemps 2013.
- recenser les besoins nouveaux qui peuvent émerger d'une politique de maintien à domicile privilégiée pour adapter notre offre de service aux nouveaux besoins. Nous pensons particulièrement à des projets d'accueil de nuit, d'accueil d'urgence ou de baluchonnage...
- coopérer avec les autres services de la MFL car à ce jour, en dehors d'échanges cordiaux, il n'existe ni coopération, ni coordination. Ce projet plateforme serait donc un lien naturel entre le SSIAD, le SAP, et les deux autres EHPAD

n'appartenant pas au Pôle Alzheimer. Nos problématiques, sans être rigoureusement identiques, sont très proches, tant en ce qui concerne l'évolution de nos publics que nos contraintes budgétaires. Mettre en commun certaines réflexions nous permettrait d'aller vers plus d'efficacité, dans nos pratiques comme dans nos gestions. Une politique d'achats commune, un pool de remplacement peuvent être des pistes de réflexions dans un premier temps. La plateforme pourrait être un premier pas pour nous apprendre à travailler ensemble.

- évaluer la plus-value de compétences nouvelles telles qu'ergothérapeute, orthophoniste, socio-esthéticienne, éducateurs sportifs, ou encore conseillers en économie sociale et familiale, sur l'accompagnement des personnes âgées démentes qui seront sur le projet plateforme. Ces compétences n'appartiennent pas à ce jour aux effectifs de notre EHPAD mais pourraient, à terme, être intégrées si l'évaluation confirme la plus-value apportée.

L'évaluation de ce dispositif passera par le suivi individuel et la comptabilisation de chaque appel reçu à J+15, J+30, J+90, l'orientation et les moyens mis en œuvre pour répondre aux demandes, la mesure de la satisfaction de l'utilisateur à J+30 et à la fin de l'intervention et enfin, le compte des entrées en hébergement permanent issues de la Plateforme.

Mais ce projet reste dans la méthodologie du projet car il s'inscrit dans le temps en étant soumis à sa propre évolution. Il est donc nécessaire de l'inscrire aussi dans l'évolution des acteurs de terrain.

### *3.2.1.2 Nous inscrire dans le Réseau*

Cette cohérence d'accompagnement entre également dans les orientations du projet d'établissement initial au travers du projet d'inscription dans le réseau gérontologique du Limousin. Les différents acteurs, partenaires de la Plateforme, signeront une convention avec l'EHPAD. Une convention avec l'Unité de Recours et de Soins Gériatriques du CHU Dupuytren permettra à nos résidents d'accéder directement à l'hospitalisation, sans passer par le parcours traditionnel des urgences qui, compte tenu de leur pathologie, est particulièrement déstabilisant et perturbant.

La signature d'une convention avec l'Unité Mobile de Psycho-Gériatrie du CHS Esquirol lui permettra d'intervenir en soutien, directement au sein de l'EHPAD, en lien avec nos professionnels (psychologue, AS et infirmier). Elle apportera son expertise pour aider le médecin traitant à dénouer une situation complexe et/ou une souffrance psychique. La prise en soin du résident intra-muros évitera l'hospitalisation, particulièrement

déstabilisante pour le résident désorienté. Cette prise en soin n'aggraverait pas les troubles du comportement et se traduira par une accélération de l'efficacité de l'expertise. Nous signerons également une convention avec l'Unité Mobile de Soins Palliatifs du CHU Dupuytren pour améliorer et adapter notre accompagnement de la fin de vie du résident. Ce conventionnement permettra également de proposer aux soignants des formations aux techniques de soins palliatifs et constituera une interface entre la famille, le médecin traitant, le résident et l'équipe.

Enfin, nous nous engagerons également dans un conventionnement avec le réseau EHPADENT car l'état bucco-dentaire des résidents est souvent dégradé, ce qui entraîne des complications infectieuses et comportementales venant altérer l'état général par dénutrition. Le réseau viendra en soutien aux soignants pour les former à prodiguer les soins d'hygiène bucco-dentaire et détecter des situations à risque.

Valoriser notre savoir-faire et le faire reconnaître par les acteurs déjà installés sur le territoire passera également par la signature d'une convention avec le Réseau Alzheimer (ALOIS<sup>89</sup> – COGLIM<sup>90</sup> – France Alzheimer) qui nous permettra d'améliorer nos connaissances des maladies entraînant une démence (maladie, malades, prise en charge et accès aux soins) et de participer à des échanges pluridisciplinaires pour une meilleure qualité de l'accompagnement. COGLIM nous permettra également d'apporter des outils de formation, d'aide et de soutien aux acteurs de soins de proximité, équipe, famille et paramédicaux.

Une convention avec le réseau LINUT<sup>91</sup> nous permettra de bénéficier de compétences dont nous ne disposons pas en interne, en particulier d'un relais pour favoriser un suivi nutritionnel des résidents. Nous les solliciterons pour dispenser des formations au personnel et pour mettre en place des protocoles dans le cadre de l'accompagnement d'une personne âgée démentie qui présente des troubles alimentaires.

Enfin, nous inscrire conjointement dans une démarche de bénévolat nous paraît important pour pallier le sous-effectif. Il ne s'agit pas de remplacer des intervenants qualifiés par des bénévoles, mais d'apporter des compétences complémentaires au travers de ce bénévolat pour améliorer notre présence auprès des résidents. Nous solliciterons l'antenne locale de l'Association Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs pour participer à l'accompagnement des résidents en fin de vie. Ce partenariat viendra en complément de la convention signée avec l'Unité Mobile de Soins Palliatifs.

---

<sup>89</sup> Association Limousine d'Orientation et d'Information sur les Soins Alzheimer et maladies apparentées

<sup>90</sup> Réseau de dépistage des troubles COGNitifs du LIMousin

<sup>91</sup> Limousin NUTrition

L'évaluation de l'ensemble de ce travail en réseau passera par une comptabilisation des appels réalisés, le nombre d'interventions et leur délai de réalisation pour les différents partenaires, ainsi que par une estimation de l'aide apportée en lien avec une amélioration de l'état de santé du résident.

### *3.2.1.3 Dé-stigmatiser l'EHPAD : y faire entrer de la vie*

Lorsque des enfants viennent en visite au sein de l'EHPAD, c'est un moment de joie pour nombre de résidents. La venue d'un jeune garçon, voisin de l'EHPAD, quelques après-midi pendant les vacances d'été pour jouer bénévolement de l'accordéon au sein de la structure a été très appréciée par l'ensemble des résidents et a marqué leur mémoire. Les projets en lien avec l'intergénérationnel sont des sources importantes de stimulation sociale pour les résidents. Ils offrent des contacts humains très riches et permettent de briser l'isolement. Deux projets sont en cours de réflexion :

- un projet avec l'école maternelle de la commune autour d'un atelier de musicothérapie et d'échanges épistolaires
- un projet avec le lycée agricole situé à proximité immédiate autour du jardin thérapeutique

Nous avons constaté, et dans le cadre de la fête de la musique, et dans le cadre de l'animation bénévole de cet été, combien nos résidents étaient sensibles à la musique et aux musiciens qui jouent pour eux. Nous avons même constaté que plusieurs personnes interrompaient leur déambulation pour s'asseoir, regarder et écouter. La MFL étant partenaire d'un festival de jazz, deux concerts publics vont être organisés au sein de la structure, toujours dans la volonté d'ouvrir la structure vers l'extérieur et de dé-stigmatiser le concept de l'EHPAD et celui de la Maladie d'Alzheimer.

Dans tous les projets que nous venons de citer, nous nous orientons vers des actions faisant entrer la vie dans l'EHPAD, mais aucun d'entre eux n'amène l'EHPAD vers la Cité. Or, son isolement suite à son déplacement en dehors du centre bourg est un réel handicap et ne nous permet pas, à ce jour, d'organiser des sorties tant les contraintes de location de véhicule sont importantes et coûteuses. A ce jour, nous ne sommes pas parvenus à dégager un budget suffisant pour l'acquisition d'un véhicule et nous n'avons organisé qu'une seule sortie sur l'extérieur. Nous avons en revanche répondu à un appel à projet pour obtenir un financement partiel de ce véhicule et attendons la réponse.

L'évaluation de toutes ces actions repose sur le bien-être et la satisfaction des résidents et de l'équipe. Elle sera mesurée au travers de deux indicateurs annuels : le nombre de sorties et d'animations ; le nombre de participants.

### 3.2.1.4 Revenir vers les autorités de tarification pour obtenir des moyens complémentaires

Six mois après l'ouverture, ainsi que nous nous y sommes engagés envers l'équipe et les familles et soutenus par le Conseil d'Administration de la MFL, nous revenons vers les autorités de tarification pour présenter notre situation et négocier des moyens complémentaires. Notre argumentaire se situe à deux niveaux : d'une part, nous procédons à une analyse du temps théorique passé auprès des résidents afin d'argumenter sur des bases chiffrées notre demande de moyens complémentaires ; d'autre part, nous évoquons la situation du personnel et pointons les indicateurs « d'usure » qui apparaissent au travers du turn-over ou de l'absentéisme.

#### A – L'analyse du temps théorique

	Temps activité	Résidents	Salariés	Résident/Salarié	Temps/résident
Toilettes	210	80	8	10	21
Repas midi	60	92	13	7	8.5
Activités	90	92	4	23	3.9
Repas soir	60	80	8	10	6
Couchers	90	80	9	9	10.1

Si le ratio en toilettes théoriques par salarié et le temps disponible pour chaque résident est correct en semaine puisque chaque AS/AMP effectue une moyenne de dix toilettes et dispose de 21 minutes par toilette, il faut relativiser ce chiffre car il ne tient pas compte des toilettes qui doivent être réalisées à deux soignants. Or, compte tenu de la pathologie de nos résidents, celles-ci sont fréquentes.

Pour le repas du midi, un salarié peut consacrer en moyenne 8.5 minutes par résident, sachant qu'il doit également s'occuper du service, de l'aide au repas et du suivi des personnes à fort risque de dénutrition. Ce temps passé est donc très (trop) faible.

Pour les activités de l'après-midi, on peut considérer que chaque salarié en charge de cette tâche doit stimuler 23 résidents, soit 3.9 minutes par résident. Or, à l'heure actuelle, l'accompagnement en stimulation mictionnelle, changes et hydratation ne permet pas de détacher du personnel sur cette activité occupationnelle, garante du maintien de l'autonomie. De plus, en fin d'après-midi, la charge émotionnelle des résidents est souvent décuplée et donne lieu à la résurgence de troubles du comportement. Des conflits peuvent naître, qu'il convient de canaliser au plus tôt pour éviter une hausse des phénomènes d'angoisse chez les autres résidents.

Enfin, pour le coucher, chaque salarié doit s'occuper de neuf résidents, et même si les couchers peuvent être réalisés par l'équipe de nuit conformément à notre projet

d'établissement visant à respecter le rythme du résident, le temps réservé à l'accompagnement au coucher n'est alors que de 10 minutes. Lorsque l'on sait qu'il est nécessaire d'accompagner le résident aux toilettes, de procéder au change et aux soins d'hygiène, et enfin, de l'accompagner soit dans le salon, soit au lit, on constate que le temps actuellement réservé à cette mission est largement insuffisant, d'autant que la pathologie de la démence nécessite une ritualisation du coucher pour le rendre contenant et apaiser les angoisses.

#### B – Un point sur les ressources humaines

En analysant rapidement l'absentéisme du personnel, nous constatons l'apparition des premiers phénomènes d'usure. En effet, le nombre d'arrêts de travail est en constante augmentation depuis mi-avril, parmi lesquels 50 % pour cause d'accident du travail.

La situation engendre également un turn-over au niveau des postes IDE et AS. Ce turn-over est également vecteur de fatigue et de démotivation pour les soignants encore en poste et ne facilite pas le développement du projet d'établissement. L'entrée de plus de 50 % des résidents venant du domicile, sans aucun contact avec l'institution, a demandé un fort investissement à l'équipe, qui en subit aujourd'hui le contrecoup.

Il devient donc, dans ce contexte, particulièrement important et urgent de renforcer les effectifs afin de poursuivre notre dynamique positive et de continuer à accueillir les résidents en toute sécurité.

A ce jour, nous attendons le retour des autorités de tarification.

#### C – Nous engager dans une labellisation PASA ou UHR

A moyen terme, nous devons nous inscrire dans une démarche de reconnaissance de la spécificité de notre établissement. Nous orienter vers une labellisation PASA ou UHR est cohérent pour répondre aux attendus du plan Alzheimer 2008-2012 et actualiser le projet initial. C'est aussi un moyen pour obtenir des dotations financières supplémentaires permettant d'adapter notre effectif aux besoins spécifiques de notre population.

### **3.2.2 En direction des familles**

Chaque corps professionnel, institutionnel ou non, apporte un accompagnement spécifique indispensable au résident. Maintenir l'ensemble des liens familiaux et affectifs de la personne âgée contribue à son bien-être au sein de l'environnement social auquel elle appartient. Ainsi que nous l'abordions précédemment, l'accompagnement des personnes âgées démentes repose majoritairement sur un accompagnement familial dans les premiers temps de la maladie. La proportion importante de résidents dont le conjoint est vivant nous impose d'adapter notre accompagnement à cette donnée

importante. L'entrée en structure ne doit pas être vécue comme une rupture, et nous devons absolument lutter contre le ressenti souvent exprimé par les familles, ce sentiment « d'abandonner » leur proche, ressenti décuplé lorsqu'il est exprimé par un conjoint. Un échange avec la famille est également essentiel pour nous aider à resituer ce trouble du comportement qu'il revient à nous, professionnels, d'apaiser par une réponse adaptée. Un accompagnement de qualité passe nécessairement par l'équilibre de cette relation tripartite résident / famille / établissement.

La démarche globale d'accompagnement individualisée se base sur cette conception de la prise en soin globale et passe par la désignation d'un référent pour chaque résident. Cela permettra d'instaurer des échanges, y compris avec la famille, pour que chacun soit partie prenante dans la rédaction du projet d'accompagnement.

Nous souhaitons donner à la famille toute sa place au sein du projet institutionnel aussi souvent qu'il sera possible de le faire.

#### *3.2.2.1 Le Conseil de Vie Sociale*

La première prise en compte de la voix de la famille dans la vie démocratique d'une structure telle que la nôtre est organisée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 au travers du Conseil de Vie Sociale. Nous avons pris la décision de n'organiser l'élection des représentants des différents collèges au Conseil de la vie sociale, dont celui des familles, qu'à l'issue des six premiers mois, pour laisser aux familles le temps de prendre un peu de recul vis-à-vis de l'entrée en structure et de commencer à créer des liens entre elles. Ce délai de six mois nous permettra également de leur présenter l'instance et ses attributions spécifiques.

A l'issue de ce délai, nous adresserons un courrier aux familles les invitant à se porter candidates et à exprimer les motivations de cette candidature.

#### *3.2.2.2 Une procédure d'accueil où la famille sera partie prenante*

La place des familles est essentielle à l'accueil du résident et aux procédures d'admission, en lien avec lui. Ce point est accentué par le fait que, pour la grande majorité d'entre elles, elles sont à l'origine de la demande d'accueil. Cette procédure d'accueil est intrinsèquement liée à la mise en place d'un réel parcours d'accompagnement et de coordination au sein du pôle Alzheimer de la MFL ; il permet de créer des passerelles pour simplifier les parcours entre accueils de jour, accueils temporaires et hébergement permanent. L'entrée sera ainsi moins « traumatisante », tant pour le résident que pour sa famille car elle ne sera qu'une continuité de l'accompagnement déjà en place. Nous espérons ainsi apaiser et diminuer le sentiment de culpabilité des familles au travers de ce parcours coordonné.

La mise en place des procédures d'accueil, en recherchant l'assentiment du résident, comprendra au moins une visite préalable de l'établissement destinée au résident et à sa famille. Cette visite sera accompagnée au rythme du résident, par un psychologue, un soignant et la direction, avec notamment un temps de repos au sein de la chambre pour la découvrir. Plusieurs visites seront envisageables. Un temps passé au sein de l'accueil de jour sera proposé pour les personnes non encore accueillies, ainsi que la possibilité de participer à des ateliers d'animation et des repas pour se familiariser avec le lieu, l'équipe, et les autres résidents.

Un questionnaire spécifique sur les habitudes de vie, complémentaire à l'histoire de vie déposée, sera également complété lors de ces rencontres avec le résident et sa famille, afin de vérifier que celles-ci sont compatibles avec notre type d'accompagnement. Il est important pour les familles que la procédure soit empreinte de transparence et de confiance.

Nous inciterons également les familles à personnaliser la chambre du résident en l'aménageant et la décorant avec des meubles et des souvenirs personnels, et ce pour deux raisons : la première, reconstituer des repères spatiaux qui aideront le résident à s'approprier l'espace ; la deuxième, pour rendre la visite de la famille agréable, dans un univers personnalisé favorisant l'échange avec le résident.

Nous inciterons les familles à désigner, en leur sein, un référent familial, en accord avec le résident. Cette « personne de confiance » aura pour tâche de faciliter les échanges en cas de conflits familiaux futurs et de fluidifier les parcours d'information.

### *3.2.2.3 La famille associée tout au long de l'accompagnement*

Il nous paraît important que le rôle de la famille dépasse celui de visiteur. L'équilibre de la relation tripartite résident / famille / structure est précaire et chacun doit prendre une part d'implication pour une relation transparente et apaisée. Si le directeur porte la responsabilité du management et de l'animation des équipes, il n'a en revanche aucune « prise » sur l'accompagnement familial et ne peut donc influencer ni sur leur positionnement, ni sur leur intervention. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de les associer au projet de soin et au projet d'accompagnement. Il s'agit de les impliquer au-delà des rôles qui leur sont concédés ordinairement au sein des instances officielles collectives comme le Conseil de la Vie Sociale, mais aussi de fédérer les efforts de tous les acteurs vers la même finalité : le bien-être du résident.

Impliquer la famille pour accroître et renforcer le lien social au travers des actions suivantes demande évidemment quelques ajustements du projet d'établissement :

- autoriser les visites sans fixer de contraintes ni de créneaux horaires

- permettre un accompagnement psychologique de la famille tout au long de l'accueil ; les moments délicats de l'entrée et de la fin de vie ne doivent pas occulter les autres situations difficiles qui peuvent se produire à tout moment, lorsque par exemple la personne démente, en situation de plongeon rétrograde, identifiera son conjoint comme son grand-père
- interroger les familles pour faire le lien avec l'histoire de vie pour éclaircir et décrypter un épisode que nous ne parvenons pas à expliquer, et donc à bien accompagner
- réserver un endroit pour les repas en famille pris dans la structure ; l'aménager et la décorer avec du mobilier différent pour provoquer un sentiment de « coupure » chez le résident, une sorte de parenthèse privilégiée dans le quotidien et dans le rythme institutionnel
- mettre à la disposition des familles la cuisine thérapeutique pour leur permettre de préparer un repas sur place, et leur donner la possibilité d'inviter un ou d'autres résidents avec lesquels des liens se seront tissés
- mettre à disposition, dans la mesure du possible et en fonction du nombre de couples accueillis, l'une des chambres ainsi libérées pour l'accueil d'une famille de passage. Pour le cas où toutes les chambres seraient occupées, nous signerons une convention d'accueil prioritaire avec l'Hôtel des Familles géré par la MFL à cinq kilomètres de notre établissement
- faciliter les échanges entre les familles des résidents et faire de la structure une sorte de « grande famille » qui intègre les résidents qui n'ont pas ou plus de famille
- favoriser la démocratie et le rôle des familles : aller au-delà des instances obligatoires en proposant la création d'une association des familles, animée sans la présence de la direction ou du personnel, sauf lorsqu'elles le souhaitent et sur un ordre du jour précis
- permettre aux résidents et aux familles de s'exprimer au moyen d'une boîte à idées, située dans un lieu discret et sans obligation de révéler son identité pour s'exprimer
- s'ouvrir à toute démarche bénévole en lien avec les familles dans le cadre d'un cahier des charges précis, évaluable et en rapport avec la pathologie et/ou la dépendance des résidents.

Enfin, et dans le cadre de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, nous souhaitons associer les familles au groupe de travail pluridisciplinaire chargé de rédiger *la Charte des 5 Sens* sur la base des axes du projet d'établissement. Cette charte viendra compléter et adapter la Charte des droits et libertés de la Personne accueillie à notre établissement.

Nous souhaitons également associer les familles aux groupes de travail portant sur le projet d'accompagnement individualisé de leur parent, projet conduit par le médecin coordonnateur.

#### *3.2.2.4 La famille associée à l'accompagnement de la fin de vie du résident*

Notre volonté est d'accompagner le résident au sein de la structure jusqu'à son dernier souffle, dans la mesure où cet accompagnement repose sur des moyens dont nous disposons. La famille est essentielle pour un accompagnement respectueux et éthique de la fin de vie, tant pour le résident que pour l'équipe. Elle nous rapportera les volontés du résident si celui-ci les lui a exprimées avec assez de clarté au préalable : par exemple, refuser tout traitement intrusif si le résident a émis le refus de tout acharnement thérapeutique.

Nous la solliciterons pour mettre en place un accompagnement adapté aux techniques de soins palliatifs, en accord avec le médecin traitant. Nous lui proposerons d'accompagner si elle le souhaite son parent jusque dans ses derniers moments, et mettrons tout en œuvre pour faciliter matériellement sa présence en lui proposant des plateaux repas, un lit pliant... et en l'aidant à apaiser sa souffrance morale par des temps d'échange et d'accompagnement avec les psychologues.

Nous lui proposerons de participer ou de procéder aux derniers soins si elle le souhaite, seule ou accompagnée par l'équipe, toilette mortuaire par exemple, pour l'aider à entamer son travail de deuil.

Nous prolongerons notre accompagnement au-delà du décès si elle le souhaite en lui consacrant des temps d'échange. En cas de décès subit, nous lui proposerons d'échanger avec les membres de l'équipe qui ont accompagné le résident dans ses derniers moments.

Bien évidemment, l'action de la famille sera en lien avec l'action de l'équipe et le soignant référent sera « l'agrégateur » de ce processus de coopération.

L'évaluation reposera sur l'étude de différents indicateurs :

- le nombre de familles participant aux différentes actions menées, étant entendu que ce critère ne sera pas un couperet pour la poursuite ou l'abandon de ces actions mais uniquement un facteur pour adapter cette action aux besoins et attentes du résident et de la famille ;
- notre capacité organisationnelle à respecter les habitudes de vie du résident telles qu'elles sont énoncées dans l'histoire de vie ;
- le nombre et la nature des expressions issues de la boîte à idées et notre capacité à prendre en compte ces demandes et/ou remarques.

### 3.2.3 En interne

Deux champs d'action cohabitent et devront concentrer nos actions : l'environnement architectural, et l'équipe. L'absence d'effectif suffisant nous oblige à reconsidérer le fonctionnement par unité tel qu'il était prévu dans le projet initial ; car l'effectif total alloué ne nous permet pas d'assurer une présence en continu d'un nombre suffisant de soignants. Le fonctionnement en unité « autonome » ne peut donc pas être envisagé, quand bien même l'architecture s'y prêterait et répondrait au sens initial des CANTOU. Ces cinq unités étant sécurisées au moyen de codes d'entrée, cette reconfiguration des données se traduit par l'ouverture des portes d'unité en permanence, ce qui permet de laisser les résidents libres dans leurs déplacements, tant à l'intérieur sur l'ensemble de la structure qu'à l'extérieur dans les quatre squares aménagés.

#### 3.2.3.1 L'architecture

Avant même l'ouverture de l'établissement, nous avons dû revoir le projet architectural, qui a entraîné un surcoût pour assujettir les portes d'unités à la centrale incendie. Cette contrainte a rapidement pris l'aspect d'une force car elle s'inscrit parfaitement dans la philosophie de notre projet. Elle favorise la liberté, respecte le choix du résident, en le laissant aller et venir au sein de la structure, à son bon vouloir. De façon à ne pas pénaliser le budget de l'établissement, nous avons demandé à la MFL de prendre ce surcoût sur son propre budget, demande que nous avons argumentée sur la base de la livraison d'un outil architectural non utilisable en l'état.

#### A – Faire face à la disparition d'espaces essentiels

La disparition d'espaces aussi essentiels que la salle dédiée à l'animation, le reposoir, le lieu de culte ou encore le restaurant des familles nous oblige à repenser le projet. L'ouverture des unités se traduit par la libération de cinq bureaux AS. S'il nous paraît cohérent pour l'accompagnement d'en conserver un par étage, les trois autres sont redistribués. Ainsi, l'un peut être réservé aux animateurs et assurer le lieu de stockage de leur matériel. Quant aux animations, plutôt que les résidents viennent à elles, c'est elles qui viendront à eux et qui généreront des rencontres entre les résidents des différentes unités. Nous demanderons à l'équipe d'animation d'adapter le thème des ateliers aux espaces : l'atelier chant aura lieu au coin des symphonies ; l'atelier du toucher au coin des douceurs...

Concernant la suppression du restaurant des familles, nous proposons une nouvelle fonction à l'espace initialement réservé au commerce. En effet, aucun de nos résidents déments n'est plus en mesure de gérer seul des achats. Par conséquent, le projet de commerce n'est pas approprié. Cette salle étant située au cœur de la structure et à proximité des squares et de la cuisine est idéalement située pour sa nouvelle destination.

La nouvelle répartition des espaces a également fait disparaître le reposoir, interrogeant notre accompagnement en cas de décès. Nous avons acquis une table mortuaire réfrigérée permettant d'accueillir le corps du défunt dans des conditions acceptables pour les premières heures qui suivront le décès. Cependant, l'absence de lieu de recueillement, en retrait des lieux de vie, nous oblige à reconsidérer notre projet d'accompagnement porté par le projet initial. A ce jour, nous orienterons essentiellement notre accompagnement du résident et de la famille dans les derniers moments de vie et demanderons à la famille de bien vouloir faire procéder au transfert du corps dans les 24 heures. Cette situation ne nous satisfait pas, mais malgré une réflexion en équipe nous sommes toujours dans l'impasse.

Il n'a pas non plus été prévu de chambre double alors que nous avons été confrontés à des demandes d'accueil de couples. Le conjoint de la personne âgée démente, aidant naturel, a suivi la maladie, au fur et à mesure de son évolution et l'a accompagnée. Lorsque lui-même est épuisé (son âge est généralement en lien avec celui de son conjoint), son état nécessite un accueil en structure. Au nom de quoi devrions-nous refuser l'accueil d'un époux ou d'une épouse, alors que l'équilibre précaire que forme le couple est un repère et un élément rassurant pour le résident ? De la même façon, au nom de quoi nous accorderions-nous le droit de séparer dans deux chambres distinctes un couple ayant toujours dormi dans le même lit, souvent depuis plus de 60 ans ? Or, les chambres ne sont pas suffisamment grandes pour accueillir deux lits. Mais l'architecture offre cinq chambres en bordure d'unité qui disposent d'une sorte de sas d'entrée qui accroît la superficie de la chambre. Nous avons fait le choix d'installer les fauteuils de repos dans ce sas de façon à former une sorte de petit salon. En parallèle de ces aménagements, nous acquérons des lits doubles au fur et à mesure que les demandes de couples se présentent.

#### B – Un langage visuel commun

Les lieux sont clairement identifiés et un effort est demandé à chacun pour rester dans ces appellations afin de créer un langage commun et universel :

- les unités portent un nom en lien avec les sens (« le coin des couleurs » pour la couleur verte, « le coin des saveurs » pour la couleur brique qui fait penser à la couleur des épices, « le coin des douceurs », « le coin des senteurs », « le coin des symphonies »...)
- le carrefour des rencontres est situé à l'endroit où les unités du rez-de-chaussée se rejoignent, au carrefour des deux patios principaux
- la salle à manger s'appelle « Le restaurant »
- la salle à manger des familles porte le nom de « bistro des cinq sens »

Avoir un seul nom pour un lieu permet d'aider au repérage des résidents à forte désorientation.

#### C – Une signalétique multi sensorielle

La signalétique est intégrée aux couleurs de la structure pour aider au repérage selon trois moyens : L'écriture du nom de l'unité, sa couleur représentative, et le pictogramme du sens auquel elle se rapporte (l'oreille représentera le coin des Symphonies).

#### D – Des couleurs pour aider au repérage

Outre l'aspect décoratif des couleurs, elles peuvent également jouer un rôle « thérapeutique » pour faciliter l'accueil d'un public désorienté. Des couleurs gaies et apaisantes, à fort contraste visuel, aident au repérage et à l'orientation au sein de la structure. Nous avons choisi de jouer sur la fonction première de la couleur pour attirer l'attention du résident sur certains points et la détourner d'autres. Ainsi, les portes de chambres sont d'une couleur tranchée par rapport à la couleur des murs, alors que les portes des pièces de service se fondent dans la couleur du mur. Chacune des unités aura une couleur spécifique que nous retrouverons sur les portes d'entrée dans l'unité, sur les portes des chambres et sur le mur en tête de lit. Les portes des salles communes sont au contraire d'une couleur saturée pour attirer le regard.

#### E – Une décoration légère et gaie

De la même façon, la décoration générale permet, tout en facilitant l'orientation, d'apporter des touches de couleurs et de « bonne humeur ». Ainsi, à l'entrée de chaque coin, une décoration dédiée aide le résident à se repérer, par exemple des stickers représentant une portée et des notes de musique dans le coin des symphonies. Les stickers seront, autant que possible, préférés aux tableaux pour faire face à certains troubles du comportement.

#### F – La couleur au service du maintien de la continence

La lutte pour la continence est l'un des enjeux essentiels de notre secteur, tant la dépendance s'accroît lorsque le résident devient incontinent. Or, pour lutter contre l'incontinence, il est primordial que le résident désorienté identifie aisément les toilettes. Nous avons joué conjointement sur la couleur et sur la signalétique : la couleur des portes des toilettes est bien différenciée de la couleur des autres portes des murs environnants. La couleur des portes des toilettes est donc identique sur l'ensemble de la structure, d'un gris soutenu pour apporter un contraste important avec les couleurs des murs.

Afin de favoriser l'orientation, une signalétique identique sera apposée sur toutes les portes des toilettes de la structure. Compte tenu de la baisse de l'acuité visuelle, ces

plaques de porte auront une dimension de 250 mm x 250 mm, et les inscriptions qui symboliseront une cuvette de toilettes seront jaunes sur fond bleu. C'est en effet ce type de contraste qui semble donner les meilleurs résultats.

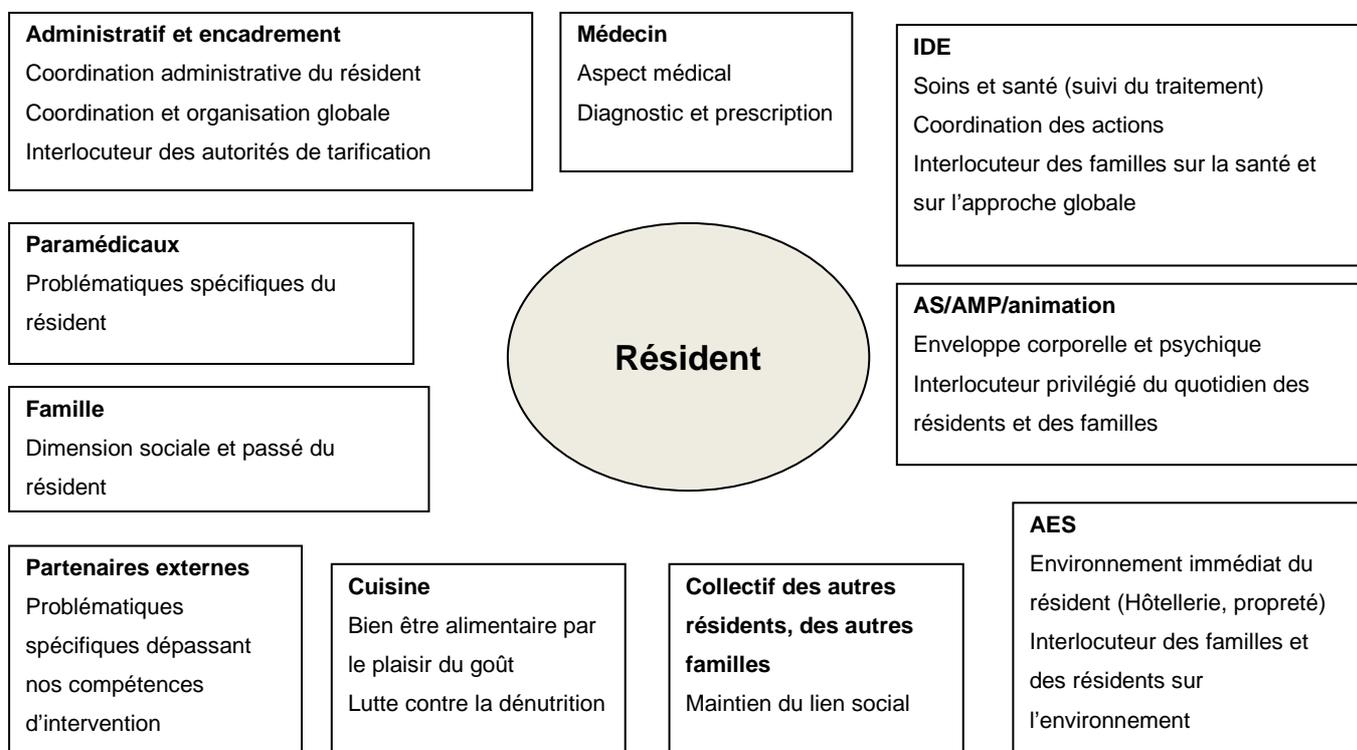
#### G – Un mobilier non stigmatisant

En dehors du lit « Alzheimer » et de l'adaptable, nous avons choisi l'ensemble du mobilier de la structure en essayant d'éviter l'effet « mobilier de collectivité ». Le mobilier choisi est certes adapté au handicap, mais il offre des formes et des couleurs non stigmatisantes. Le mobilier a aussi été sélectionné pour faciliter le travail des soignants et limiter les troubles musculo-squelettiques ; par exemple, les chaises de la salle de restaurant et des salons d'unité ne nécessitent pas d'être retournées pour être posées sur la table pour faciliter le travail d'entretien du sol.

#### 3.2.3.2 L'accompagnement global du résident

##### A – La globalité de la prise en charge

Nombre d'interactions se jouent autour de l'accompagnement global du résident. Etudier précisément le rôle et la fonction de chacun permet de déterminer les contours de son intervention, de la rationaliser, et de trouver des passerelles entre les différents intervenants.



Le rôle joué par le médecin coordonnateur prend ici tout son sens en orientant l'action de chacun pour fluidifier et améliorer l'accompagnement global du résident.

Les transmissions ciblées seront le lieu d'échanges quotidiens privilégiés entre chaque corps professionnel. Il est important que l'ensemble des corps professionnels soient représentés aux transmissions communément réservées aux AS et IDE. Cette démarche leur permet de lier leurs actions à l'accompagnement soignant du résident, d'y être associés directement et d'en retirer une satisfaction.

Le rôle de pivot de l'IDE ne prend du sens que si ce corps est en capacité d'aller chercher l'information sur le terrain, mais aussi d'expliquer à chaque corps professionnel le rôle qu'il a à jouer dans les actions mises en place à l'issue de ces dernières. Les transmissions deviennent alors un lieu d'échanges entre tous les corps professionnels. Pour cela des échanges informels avec les AVS et la cuisine ont lieu régulièrement pour répondre à une réelle approche globale du résident. C'est à la fois le rôle des IDE, des AS référents, mais surtout de chaque individu dans l'exercice de ses fonctions.

L'objectif premier de cette démarche est de favoriser l'homogénéité et la continuité des actions mises en place en favorisant la compréhension et la remise en question. Il s'agit également d'entrer dans une réelle évaluation et un réajustement des actions engagées. Cette logique est également sous tendue par les roulements et l'organisation des postes.

Le fonctionnement implique que chaque corps professionnel travaille conjointement autour du bien-être du résident, tant dans une démarche individuelle que dans une démarche de groupe. Il convient alors de définir les contours de l'intervention de chacun, sachant que toute la particularité de notre action réside en un subtil équilibre de forces internes et externes.

#### B – Le personnel pour un accompagnement orienté vers le « Prendre Soins »

La logique d'accompagnement global du résident au sein de l'établissement a pour objectif de sensibiliser chaque salarié au rôle essentiel qu'il a à jouer dans l'établissement.

Il est primordial que chacun comprenne l'importance de son rôle et que le personnel prenne conscience que chacun de ses actes doit être dirigé dans une logique de bon sens, que chaque résident accueilli pourrait être un membre de sa famille ou lui-même dans quelques années. Par conséquent, l'accompagnement qu'il doit être en mesure d'apporter prend prioritairement en compte les demandes du résident, comme il souhaiterait que ses demandes puissent être accueillies s'il était résident de cette structure.

### 3.2.3.3 *La structuration de l'équipe, clé de voûte du projet*

Une grande partie de la réussite de ce projet repose sur la qualité de l'équipe et la cohérence de sa construction en lien avec la philosophie de notre accompagnement.

Il convient alors de reconsidérer les effectifs fixés par le projet initial pour les actualiser, sans toutefois modifier l'enveloppe budgétaire initialement fixée.

En effet, les enveloppes budgétaires allouées, et les effectifs qui en découlent, ont été fixés par le passage en CROSMS. Pour favoriser la continuité de prise en charge et ne pas risquer de dérives budgétaires, nous intégrons l'auto-remplacement sur les congés dès la première projection de nos besoins d'effectifs

La première démarche vise à répartir l'effectif sur les postes de jour et postes de nuit.

#### A – Une structuration de l'effectif jour/nuit

##### a) *Effectif Nuit*

Seul 1.2 poste de veilleur de nuit est financé à 100% sur le budget hébergement. Or, compte tenu de la configuration de nos locaux et de la pathologie de notre public, cette option nous paraît difficilement réalisable, aussi bien en terme d'effectif qu'en terme de qualification. En effet, et pour des raisons de sécurité tant des résidents que des salariés, un effectif de deux personnes présentes la nuit, dont un aide-soignant, nous paraît indispensable. L'autre soignant sera un AES.

Le travail de nuit nécessite une présence de 10 heures pour assurer la continuité de service, soit de 21 H à 7 H. Le roulement sera établi sur un minimum deux semaines, pour obtenir une moyenne de 35 heures hebdomadaires :

- une semaine de 3 nuits travaillées, 4 nuits de repos (30 heures hebdomadaires de travail)
- une semaine de 4 nuits travaillées, 3 nuits de repos (40 heures hebdomadaires de travail)

Nous obtenons une moyenne de 3.5 jours de travail par semaine, soit un besoin pour les postes de nuit de 4,7 ETP qui se répartissent en :

- 2.35 postes AS
- 1.20 poste veilleur de nuit
- 1.15 poste AES

##### b) *Effectif jour*

Par différence, ce calcul ramènera l'effectif total jour AES à 10.35 ETP et l'effectif total jour AS/AMP à 14.65 ETP.

Mais comme pour l'effectif nuit, nous devons organiser nos roulements pour assurer notre auto-remplacement pendant les congés. La même formule de calcul sera donc appliquée pour chacun des corps professionnels, en fonction du nombre de jours travaillés par an.

Nous ne calculerons pas nos besoins en ETP puisque nous connaissons déjà notre dotation, mais nous calculerons le nombre de personnes par jour qui en découle.

La démarche est pour le moins atypique puisque nous ne basons pas notre étude sur les besoins pour calculer les moyens nécessaires à leur réponse, mais essayons de faire avec les moyens que nous avons pour couvrir au mieux nos besoins. Or, nous savons combien la pathologie de la démence ralentit le rythme de vie du résident et nécessite patience et sens de l'écoute de la part des équipes.

Les résultats ainsi obtenus font apparaître un effectif journalier pour l'ensemble de l'établissement de 9.07 AS/AMP, de 4,58 IDE ou de 6,41 AES.

Pour aborder les données d'une façon plus cohérente, nous avons basé nos calculs sur l'estimation des besoins journaliers qui nous semblent indispensables pour un accompagnement décent. Nous avons pu ensuite analyser l'écart et voir si l'organisation dans de telles conditions est cependant viable. Il nous paraît en effet essentiel, au regard de la spécificité du public accueilli, que les salariés puissent avoir le temps de lui offrir des réponses de qualité pour apaiser les angoisses, et d'apporter une prise en soin adaptée lorsque les troubles du comportement sont importants.

#### B – Nos besoins à minima, en nombre de postes

Nous estimons que pour pouvoir réaliser une toilette correcte dans une démarche de maintien de l'autonomie et de qualité, et en limitant le risque de maltraitance et d'épuisement professionnel, le nombre de toilettes par AS/AMP ne peut être supérieur à dix, soit 8 AS/AMP sur le poste du matin pour 80 résidents. Organiser les roulements en prévoyant des postes « en coupé » permet de gagner en souplesse organisationnelle et de disposer d'un effectif suffisant aux moments où la charge de travail est la plus lourde : le matin pour les toilettes et le soir au moment des couchers.

Dans la mesure où les IDE jouent un rôle de coordination au sein de l'établissement, ils participeront aux soins de nursing le matin.

Besoins journaliers a minima estimés :

IDE : 3 (2 le matin, 1 le soir) AS/AMP : 13 (8 le matin, 5 le soir)

AES : 6 (4 le matin, 2 le soir) Cuisine : 3 (2 le matin, 1 le soir)

Les besoins totaux, calculés sur ces bases se déclinent ainsi :

IDE : 5 ETP AS/AMP : 21.5 ETP

AES : 10 ETP Cuisine : 5 ETP

Nuit : 2.25 ETP AES et 2.25 ETP AS Lingerie : 2.5 ETP

Animation : 3.3 ETP

## C – L'adaptation des effectifs pour répondre aux besoins des résidents

Nous constatons être sur-dotés sur certains corps professionnels (IDE - AES) et sous dotés sur d'autres (AS/AMP – Lingerie – Cuisine...). En travaillant sur les effectifs, métier par métier, et dans l'optique de la rédaction des fiches de poste, divers aménagements paraissent réalisables sans nuire à la qualité de l'accompagnement, notamment le glissement de certaines tâches transversales d'un corps professionnel à l'autre.

### *a) Des AES aux AVS*

Nous faisons le choix de diversifier notre recrutement d'AES pour le compléter par des profils d'AVS. En effet, et bien que la différence de rémunération soit minime entre les deux qualifications, les AVS peuvent venir renforcer l'effectif AS/AMP au moment du coucher ou assurer des toilettes en complément des AS/AMP le dimanche notamment.

### *b) Ampliation des fonctions d'AS*

Après avoir étudié les rôles spécifiques des AS et des AMP, nous avons choisi, compte tenu de notre faible dotation, de privilégier le recrutement d'AS. En effet, le rôle de l'AMP se situe à la frontière de l'éducatif et du soin ; il prend soin des personnes en les accompagnant tant dans les actes essentiels de leur quotidien que dans les activités de vie sociale et de loisirs. Pour avoir échangé avec des AMP en EHPAD, il ressort souvent de leur discours que leur emploi du temps est accaparé par des soins de nursing, au détriment de l'accompagnement des activités de vie sociale et de loisirs, ce qui provoque une certaine frustration et entraîne un mal être professionnel. Un recrutement limité à 2 ETP AMP nous paraît suffisant pour, d'une part, offrir cet accompagnement complémentaire indispensable aux personnes âgées démentes mais, dans le même temps, ne pas engendrer de souffrance professionnelle vis-à-vis des salariés concernés comme du reste de l'équipe.

### *c) Réduction des postes IDE*

Le travail de l'IDE en EHPAD repose davantage sur la coordination et l'accompagnement que sur la réalisation de soins techniques. L'adaptation des effectifs nous permettrait de libérer l'équivalent financier de 2.4 ETP, ce qui pourrait, par un glissement de budget à faire valider par les autorités de tarification, accroître notre effectif sur les postes AS.

### *d) Valorisation de la fonction de psychologue*

L'orientation de la mission de psychologue est triple : accompagner les résidents, soutenir et écouter les familles, enfin, ponctuellement, aider l'équipe à dépasser la difficulté de certaines situations comme l'accompagnement d'un décès.

La prise en soin au quotidien des troubles du comportement nécessite la présence permanente d'un psychologue dans la structure, personne ressource qui peut si besoin venir prendre le relais des soignants lorsque ceux-ci se trouvent démunis et impuissants face à certaines situations de « crise ». Le budget psychologue reposant à 100 % sur la branche dépendance, une augmentation de ce temps n'est pas envisageable pour les autorités de tarification.

Dans ce contexte, nous avons fait le choix de recruter deux psychologues à mi-temps.

*e) Le choix d'une assistance technique cuisine avec chef gérant*

Après une étude précise des budgets, tant alimentaires que salariaux, il s'avère que nos marges de manœuvre sont particulièrement étroites alors que le projet CROSMS présente un niveau de prestations élevé. Face à la difficulté de recruter un Chef dans l'enveloppe budgétaire fixée, nous avons envisagé la sous-traitance de la prestation de Chef, tout en conservant notre liberté d'action en recrutant nos propres cuisiniers. L'intérêt de la démarche est notamment de bénéficier de la logistique d'un professionnel de la cuisine de collectivité, avec la supervision possible d'un service contrôle qualité et d'un diététicien. De plus, la maîtrise de réalisation et de présentation des plats en textures modifiées est une plus-value certaine pour stimuler l'appétit des résidents, tout particulièrement de ceux qui souffrent de troubles de mastication ou de déglutition.

Cette option permet également de lancer, dès l'ouverture, la possibilité de confectionner des plats adaptés au manger-main pour les résidents qui présentent des troubles alimentaires et/ou l'oubli des gestes visant à se nourrir. Mais dans l'optique du faire-faire plutôt que du « faire-à-la-place-de » défendue dans le projet CROSMS, il est important que les résidents continuent à s'alimenter seuls, quand bien même ce serait avec les mains. Notre projet alimentation est orienté pour dé-stigmatiser ce « manger-main » et faire disparaître ces mots que l'on entend régulièrement en traversant les EHPAD : « prenez votre fourchette, on ne mange pas avec les doigts, on ne met pas les doigts dans son assiette... ». Car toutes ces règles de bonne éducation ne signifient rien pour une personne âgée démente en perte d'autonomie. L'un des salons va donc être transformé en restaurant thérapeutique où les résidents les plus dépendants pour le repas seront accompagnés et où des outils, couverts adaptés, rebords d'assiette... seront proposés. Le « *manger-main* » sera donc proposé en ultime solution lorsque les dernières capacités à se nourrir « traditionnellement » auront décliné.

Le choix de la société de restauration prestataire a été fait, outre le critère de coût, sur l'ensemble de ces autres critères. Enfin, cette option permet également de sécuriser le budget alimentation grâce à un tarif fixé annuellement et à des économies d'échelle quant à l'achat des matières premières.

*f) Un agent technique à temps complet déployé sur deux postes*

Il nous est impératif, dans un univers financier aussi contraint, de rationaliser tous les postes. Nous estimons que dans le cadre d'une ouverture la maintenance des locaux est partiellement couverte par l'année de parfait achèvement, ce qui permet d'envisager de passer l'Agent Technique d'un temps complet à un mi-temps. Compte tenu de l'expression de certains troubles du comportement pouvant aller jusqu'à l'arrachage d'une poignée ou d'un boîtier appel malade, sa présence sur une plus grande amplitude horaire est intéressante. Nous proposons d'ajouter au mi-temps d'entretien technique des locaux, un second mi-temps dédié à l'entretien « mécanique » des locaux (auto-laveuse, travaux de gros entretien...)

*g) L'animation valorisée avec une équipe mixte*

Le choix d'une équipe d'animateurs mixte s'est assez rapidement imposé, eu égard à certains troubles du comportement. En effet, certains résidents sont cristallisés sur des représentations ancestrales hommes/femmes, représentations accentuées par la pathologie. La volonté de proposer des animations au sein de la structure du lundi au samedi a été posée dans un souci de cohérence avec les plannings des soignants. En effet, compte tenu de la faible dotation en personnel soignant, nous avons fait le choix, pour ne pas épuiser les équipes, d'organiser les roulements pour ne fonctionner qu'un seul jour dans la semaine en effectif réduit : le dimanche. Ce jour est, traditionnellement, celui des visites des familles qui peuvent, ponctuellement, prendre le relais pour l'accompagnement de leur parent. Le samedi est donc un jour de semaine comme les autres et l'animation propose des activités également le samedi.

*h) Faire évoluer les postes AS/AMP et AVS*

Nous organiserons, à court terme, des passerelles de formation pour les AVS, AS/AMP pour les orienter vers des postes d'assistants de soin en gérontologie. Ils valideront ainsi leur expérience d'accompagnement spécifique des personnes âgées démentes, et se formeront spécifiquement sur la maladie, son expression et ses conséquences. Ces nouvelles qualifications nous permettront de réorganiser nos effectifs sur les différents budgets pour mieux répondre aux besoins des résidents.

*3.2.3.4 Pour une culture institutionnelle*

La culture institutionnelle posée a priori repose sur quatre orientations principales : la liberté du résident à dire non et notre obligation de respecter ce non, la liberté du résident de vivre à son rythme, la liberté du résident d'aller et venir et notre obligation de lui laisser le temps de faire, de respecter son rythme.

A – La définition d'une culture institutionnelle : une approche commune, humaniste et respectueuse en guise de boussole

La procédure de recrutement est le premier outil pour faire ressortir, chez chacun des candidats, son adéquation à la culture institutionnelle qu'initialement nous portons. Au cours de l'entretien, diverses situations professionnelles sont abordées pour constituer cette base culturelle commune :

- le refus d'une toilette (pour tester son aptitude à respecter le choix du résident et l'adéquation de son positionnement vis-à-vis de l'Humanité)
- son positionnement sur la contention (pour tester également son aptitude à analyser ses pratiques)
- en situation de conflit où le candidat est pris à parti par un collègue (pour tester sa capacité à prendre de la distance)
- en situation de témoin aveugle d'une maltraitance verbale (pour tester son positionnement vis-à-vis de la maltraitance et sa capacité à rendre compte)
- sa définition de la distance thérapeutique (pour évaluer sa capacité à se protéger tout en évaluant ses prédispositions à la philosophie de l'Humanité)
- sa conception du secret professionnel (pour évaluer son aptitude au respect de la parole)
- la vision de sa fonction et son positionnement dans l'équipe (pour évaluer ses aptitudes au décloisonnement des fonctions dans le cadre de la prise en charge globale)
- une situation d'incohérence du résident (pour tester sa connaissance du plongeon rétrograde et son aptitude à la Diversion)
- et enfin, son ouverture à d'autres fonctions, et notamment la plus-value potentielle de sa candidature dans le cadre d'ateliers thérapeutiques (toucher relationnel, snoezelen, animations spécifiques...)

Rationaliser ainsi notre procédure de recrutement permet de pré-fédérer l'équipe que chaque membre viendra constituer sur la base de ces valeurs communes.

L'acculturation institutionnelle constitue pour nous un champ d'investigation à mettre en œuvre à court et moyen terme. Cette démarche passe par la théorisation de cette culture au travers de théories construites reconnues, et de pratiques ayant fait leurs preuves. Rien d'autre finalement, que de donner du sens à notre action et nous retrouver autour de ce sens commun. La démarche globale d'accompagnement passe, au-delà du projet d'établissement, par le partage d'un certain nombre de prérequis, un socle commun de compétences tournant autour de ces attendus :

- connaître chaque résident,

- respecter son histoire de vie, ce qu'il a été et continue à être, et notamment l'appeler Monsieur/Madame et le vouvoyer.
- respecter son rythme de vie ; c'est la structure qui doit s'adapter à lui, et non l'inverse
- travailler sur les dérives langagières en bannissant de notre langage des mots comme « couche », et des expressions habituelles comme « j'ai fait Mme X »...
- considérer la chambre du résident comme son domaine et bien attendre qu'il autorise l'entrée lorsque le personnel frappe à la porte.
- être attentif aux besoins exprimés, ou ressentis. Les petites attentions du personnel sont essentielles au bien-être du résident.
- travailler sur la qualité des transmissions ; privilégier les transmissions ciblées pour ne jamais laisser une situation sans suite.

Nous constituons un groupe transversal pour préparer une base de travail écrite que nous destinons à chacun pour enclencher la réflexion autour de cette culture institutionnelle.

#### B – Les tenues des soignants

Nous retenons en terme d'opportunité la question de la tenue des soignants ; à ce titre nous privilégions des tenues de type «non hospitalier », identiques pour l'ensemble des soignants. Ce choix s'est imposé pour trois raisons :

- afficher notre volonté de mettre en avant notre concept du *lieu de vie où l'on soigne plutôt que le lieu de soin où l'on vit*, en faisant porter des tenues non stigmatisantes aux soignants
- ne pas rajouter de cristallisation possible sur l'accompagnement d'un trouble du comportement au moyen de la tenue blanche traditionnelle connotée « hôpital »
- respecter notre principe de prise en soin globale, ce qui équivaut à reconnaître la même importance aux actes réalisés par l'AVS qu'à ceux réalisés par l'infirmier.

Nous réfléchissons sur l'opportunité, ou non, de vêtir les soignants de tenues dites tenues de travail plutôt que de leur fournir des tenues que nous pourrions appeler « tenues de ville ».

#### 3.2.3.5 De nouvelles formes de management

##### A – Un management de proximité centré sur l'organisation et l'accompagnement

Une part importante de la réussite de notre projet passe par notre propre positionnement et notre capacité à faire travailler les gens ensemble, à opérationnaliser cette tâche qui s'appuie sur les moyens, les ressources et outils de chacun. La convergence des efforts de chacun doit s'exercer dans un climat de travail sain et de solidarité.

Notre philosophie du management nous conduit à susciter, en permanence, l'engagement et la contribution des équipes à l'entreprise au moyen de l'échange et du dialogue. Chacun d'entre nous, à quelque niveau qu'il soit dans l'équipe, a son propre angle de vue, subjectif et forcément tronqué de par cette position. Or, c'est en additionnant tous ces angles que nous pourrions nous construire une vision objective de la situation.

Une très grande disponibilité doit accompagner notre management. Nous ne pouvons pas encore, à ce jour, laisser l'équipe face à une interrogation sans réponse. Une réunion mensuelle d'organisation est tenue par corps professionnels pour faire émerger leurs difficultés, qu'elles soient d'ordre structurel ou organisationnel.

Une réunion trimestrielle interprofessionnelle est également tenue et permet de travailler autour de l'articulation opérationnelle des différents corps. Mais à ce jour, cette réunion n'est pas suffisante et nous devons aller au-delà dans l'analyse des pratiques pour fluidifier notre accompagnement et gagner en qualité. Nous constatons l'apparition d'aspirations contradictoires au sein de l'équipe, l'émergence de conflits de places et d'identité professionnelle, qui génère du malaise, de l'incompréhension, un sentiment d'impuissance, d'inefficacité, voire de culpabilité ou d'angoisse. Le risque, en laissant cette situation s'installer, est que trop absorbée à contenir ses difficultés internes l'équipe perde une part de l'énergie dévolue normalement à l'accompagnement des résidents.

Nous avons donc accéléré le processus de révision des fiches de postes initiales en associant chacun des corps professionnels à la démarche, pour les soumettre sans délai à l'approbation générale.

Dans le même temps, nous sollicitons la MFL pour débloquer sur ses fonds propres un budget destiné à financer l'intervention d'un thérapeute externe. Cette intervention s'orientera vers l'analyse des pratiques et la régulation d'équipe pour l'aider à dépasser les clivages qui commencent à s'installer.

#### B – Un management de proximité prévenant le burn-out

Lutter contre l'usure professionnelle consiste aussi à motiver et mobiliser l'Equipe autour de la poursuite de notre but commun, à la reconnaître et la valoriser dans les actions déjà mises en place et qui ont réussi. Puisque nous ne manquons pas de relever leurs imperfections ou les petits grains de sable qui parfois grippent le mécanisme, nous ne manquons pas non plus une occasion de leur retransmettre des témoignages de satisfaction et de les valoriser.

Un autre axe important de lutte contre l'usure professionnelle repose sur une politique de formation volontariste. Même s'il est encore tôt pour lancer un plan de formation, notre première démarche est d'organiser dès l'ouverture une formation sur la bienveillance. Au moins un représentant de chaque corps professionnel (cadre IDE – IDE – AS/AMP – AVS

– Nuit) suivra cette formation sur la base du volontariat pour être identifié comme personne ressource, dans l'attente que chacun des salariés puisse suivre cette formation sur trois ans.

En novembre, une formation gestes/postures et manutentions est organisée avec Formacom. Cette formation qui allie théorie et pratique est préparée en amont pour l'adapter aux problématiques que nous rencontrons. Son but est de rappeler les règles essentielles pour minorer les risques d'accident du travail lors des manutentions ou de l'accompagnement des transferts en cas de troubles du comportement.

Le management de cette équipe comprend également des formations complémentaires à la pathologie des démences, à leur accompagnement spécifique, à la prévention et à l'accompagnement des troubles du comportement ; cette connaissance sera constamment remise à niveau et interrogée par des stages validés par une évaluation. En parallèle, une formation aux gestes de premiers secours nous paraît également indispensable pour l'ensemble du personnel de service. Elle permettra à chacun d'avoir la bonne réaction, naturellement, en cas de chute ou de fausse route.

Nous souhaitons également, afin de maintenir la motivation qui anime l'équipe et la fédère, entrer rapidement dans cette démarche de formation autour de l'Humanitude pour apporter un socle complémentaire de compétences communes et permettre à l'équipe de mieux vivre les gestes « intrusifs » des toilettes ou autres soins de nursing. L'importance d'entrer au plus tôt dans cette formation est également, pour les équipes, de mettre en place les méthodes de la capture sensorielle ou de la diversion pour améliorer leur accompagnement et leur gestion des troubles du comportement.

### **3.3 Les principes de l'évaluation mis en œuvre**

Si la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 a fixé la mise en œuvre de l'évaluation dans les établissements sociaux et médico sociaux, le décret du 15 mai 2007 fixe lui le cahier des charges de l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations de ces établissements. L'ANESM, au travers de ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles répondant entre autres aux attentes des personnes âgées et de leur entourage, accompagne également les établissements dans leurs évaluations. La loi rappelle que les établissements doivent procéder à une évaluation interne tous les cinq ans et à une évaluation externe tous les sept ans.

Compte tenu du peu de recul que nous avons sur notre établissement, nous n'élaborerons ici, que le principe de l'évaluation interne à court et moyen terme.

### **3.3.1 L'évaluation interne**

Les outils de suivi des actions et de traçabilité permettent à l'équipe de se familiariser avec la culture de l'écrit et de responsabiliser chacun des intervenants. Ces outils concernent les soins de nursing, la distribution des petits déjeuners, l'entretien, la distribution des médicaments ou encore la participation aux animations. D'autres documents, plus spécifiques, nous aident à suivre l'accompagnement d'une personne en fin de vie avec les fiches de changement de position par exemple.

Mettre en place une évaluation stricte pour savoir si le plan d'action tel que défini peut se réaliser est un préalable encadré par le fait que tout projet est un temps soumis à sa propre évaluation. Un projet ne peut pas s'arrêter, car il n'est pas intemporel même s'il a des échéances dans le temps. C'est l'essence même du projet que d'être décliné, puis évalué, pour une nouvelle contractualisation avec l'environnement, puis actualisé, puis réévalué, etc...

Le principe de notre évaluation répond à trois exigences : une exigence légale et réglementaire qui s'inscrit dans la loi de 2002 et la convention tripartite ; une exigence visant à satisfaire les besoins des résidents et à répondre aux attentes de leurs familles ; enfin, une exigence professionnelle afin d'inscrire nos pratiques dans un axe de progrès des organisations et des compétences.

L'évaluation portera sur cinq items :

- la pertinence : quels objectifs par rapport aux besoins ?
- la cohérence : quels moyens affectés par rapports aux objectifs ?
- l'efficacité : quels résultats par rapport aux objectifs ?
- l'efficience : quels résultats par rapport aux ressources mobilisées ?
- l'impact : quel effet global de l'action, quel avis des résidents ?

L'évaluation nécessite de mettre en place des outils et des critères d'évaluation. Cette démarche est intégrée à la politique générale de l'établissement et à la démarche qualité instituée par la MFL. Elle s'inscrit également dans une démarche participative de l'ensemble du personnel.

### **3.3.2 Les critères d'évaluation et leur efficience**

Les premiers points d'évaluation porteront, naturellement, sur ce qui a été élaboré, pensé et écrit dans le livret d'accueil, le contrat de séjour ou le règlement de fonctionnement.

C'est un préalable indispensable pour vérifier l'adéquation des pratiques et des projets, analyser les écarts et en déterminer les causes.

Six mois après l'ouverture, il nous paraît important de faire deux premières séries d'évaluations, l'une à destination des résidents et des familles, l'autre centrée sur les salariés.

### *3.3.2.1 En lien avec les résidents*

L'évaluation de nos procédures d'accueil ainsi que le ressenti des familles vis-à-vis des prestations d'accompagnement présentées lors de l'admission en est le premier point. Elle sera élaborée en lien avec l'Equipe et le service qualité de la MFL pour être adressée aux familles. Tout en respectant la liberté de réponse, et l'anonymat du questionnaire, nous veillerons à ce que les familles qui le souhaitent puissent être accompagnées dans la compréhension du questionnaire par un membre de l'équipe de leur choix.

Ces questionnaires prendront la forme d'enquêtes de satisfaction et viseront à analyser la qualité de vie du résident, le respect de ses droits individuels et la personnalisation de notre accompagnement. La périodicité de ces enquêtes sera annuelle.

L'utilisation du référentiel ANGELIQUE<sup>92</sup>, outil d'auto-évaluation, nous permettra de réaliser un bilan initial, de tirer les points forts et les points faibles. A partir de ces données, nous déterminerons les actions à mettre en place.

Sa mise en place à l'échéance d'un an, lorsque l'équipe sera stabilisée, nous paraît une démarche cohérente.

D'autres évaluations nous paraissent pertinentes pour apprécier la qualité de notre accompagnement :

- évaluer nos fiches de surveillance (hydrique, alimentaire, escarres...) sur une périodicité semestrielle
- évaluer les cas de recours aux partenaires du réseau sur une périodicité annuelle
- évaluer les troubles du comportement, sur une périodicité annuelle
- évaluer les chutes, les événements indésirables et les actions correctives qu'ils ont déclenchées sur une périodicité annuelle.

A plus long terme, trois ans, un audit sera réalisé sur le circuit du linge et la cuisine, pour en mesurer la qualité et la fiabilité.

---

<sup>92</sup> Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements

Enfin, des tableaux de bord présentant un suivi de la liste d'attente, de l'évolution de la dépendance, des journées d'hospitalisation, de la comptabilisation des décès nous paraissent également pouvoir être mis en place dès à présent à des fins d'évaluation annuelle. Ils sont utiles pour améliorer nos pratiques.

### *3.3.2.2. L'évaluation en phase avec les salariés*

Compte tenu de notre récente ouverture, il nous faut d'ores et déjà mesurer la stabilisation de l'équipe. Elle s'évalue par la moyenne du nombre de salariés partis et arrivés au cours d'une période donnée, divisé par le nombre de salariés au début de la période. Elle évalue la rotation de l'emploi et sera conçue pour périodicité annuelle.

Mais cette évaluation ne sera pas suffisante. Il nous semble important, après six mois de fonctionnement, de mesurer le degré de satisfaction des salariés au moyen d'une enquête éponyme, tout en respectant la liberté de réponse et d'anonymat. Cette enquête sera réalisée sur la base d'une périodicité annuelle sur les deux premières années, puis triennale par la suite.

D'autres évaluations nous paraissent pertinentes :

- l'absentéisme, et l'évolution de son contexte, à un rythme semestriel sur les deux premières années, puis à un rythme annuel pour la suite
- le nombre d'accidents du travail, sur une périodicité annuelle
- le taux de personnel formé, à un rythme annuel.

L'ensemble de ces données nous permettront d'évaluer d'une part si les attentes et les besoins des résidents, tels que nous nous les étions représentés, sont conformes à la réalité et s'ils sont satisfaits par l'accompagnement que le projet d'établissement leur propose, et d'autre part, la pertinence et l'efficacité de notre mode de management.

Les réunions internes que nous organisons sont destinées à expliquer les indicateurs aux salariés, ce à quoi ils servent et comment nous les utilisons, afin de leur permettre de prendre conscience de l'importance de l'évaluation.

L'actualisation du projet implique dans une démarche d'opérationnalité à court terme des processus et procédures inhérents et une mise en valeur des indicateurs, paramètres et autres données normatives qui attestent de la réalité de l'évaluation interne.

Par ailleurs, l'EHPAD aura à démontrer la conformité du projet d'établissement par sa capacité dans la mise en œuvre des politiques, dans la qualité des prestations en phase avec les exigences structurelles et fonctionnelles requises par l'évaluation externe.

## Conclusion

L'enjeu de ce mémoire a consisté à vouloir valoriser au mieux des dimensions éthiques, déontologiques et fonctionnelles sur lesquelles se déploie l'EHPAD actuellement. A ce titre, la prise en compte de l'évolution des troubles du comportement qui caractérisent l'expression de nos résidents atteints de la Maladie d'Alzheimer et autres syndromes apparentés a constitué un champ de réflexion qui nous a conduits à reconsidérer l'identité de l'EHPAD et de son offre de service.

Nous avons voulu, en interne et en externe, conjuguer nos réflexions et nos analyses, valoriser nos partenariats et nos réseaux, pour consolider au mieux la prise en charge globale de chaque résident. Cette démarche participative a progressivement constitué un axe de pensée et d'action qui s'inscrira dans la reformulation du projet d'établissement.

A ce titre et délibérément, l'EHPAD va accentuer son champ de réflexion et de reconsidération sur l'identité des résidents et leurs besoins, pour réfléchir sur ses pratiques et s'inscrire dans une démarche qualité ; en interne, une auto-évaluation et un plan de formation, centrés sur l'évaluation des besoins et des compétences professionnelles ; en externe, le partenariat et le travail en réseau, des participations à des temps de réflexions et des recherches conduites avec l'environnement viendront consolider la connaissance et la compréhension de la prise charge globale du résident.

N'oublions pas que l'enjeu central de l'EHPAD consiste à respecter au maximum l'expression du résident et de son projet de vie. La loi de 2002 constitue pour nous un référentiel prescriptif et incitatif, axe porteur d'une exigence éthique où la reconnaissance de la personne accueillie devient le principe directeur de nos prestations. Ce projet de vie implique la participation optimale des différents acteurs de l'environnement socio-politique et culturel jusqu'à l'environnement affectif.

Actualiser a consisté pour nous en une prise de risques invitant chacun à prendre en compte qui des réalités et des textes ont généré l'existant. La prise en compte de l'existant est elle-même source d'évaluation des prestations et des écarts constatés dans la réalisation des projets, source de propositions pour se rapprocher au mieux des besoins actuels des personnes accueillies, de l'implication optimale des acteurs concernés. In fine, elle permet de reconsidérer l'offre de service et de proposer des prestations mieux ajustées à la réalisation du projet à vivre par chaque résident.

Apprendre à conjuguer ressources et contraintes dans une dynamique participative, telle est l'invite de ce mémoire.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

CLEMENT Jean-Pierre, DARTHOUT Nicolas, NUBUKPO, Philippe, 2006, *Guide pratique de psychogériatrie*, Masson, 263 p.

CLEMENT Jean-Pierre, décembre 2009, *Psychiatrie de la personne âgée*, Flammarion, 650 p.

COLLAUD Thierry / GOMEZ Concepcion, janvier 2010, *Alzheimer et démence. Rencontrer les malades et communiquer avec eux*, Editions Saint Augustin, 231 p.

CUISINIER Bernadette, 2002, *Accroître le soin relationnel avec les personnes désignées démentes séniles – type Alzheimer*, Chronique Sociale, 223 p.

DE KLERK-RUBIN Vicki, 2010, *La méthode de Naomi Feil à l'usage des familles : La Validation pour garder le lien avec un proche âgé désorienté*, Editions Lamarre, 169 p.

DELAMARRE Cécile, 2007, *Démence et projet de vie*, Dunod, 221 p.

DUPRE-LEVEQUE Delphine, 2001, *Une ethnologue en maison de retraite, le guide de la qualité de vie*, Editions des archives contemporaines, 119 p.

FEIL Naomi, 1993, *Validation, pour une vieillesse pleine de sagesse*, Editions Pradel, 125 p.

LE BRAS Florence, 2002, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Marabout, 317 p.

LOUBAT Jean-René, août 2009, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Dunod, 354 p.

MIRAMON Jean-Marie, PEYRONNET Germaine, avril 2009, *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social : Du politique à l'intime et de l'intime au politique*, Seli Arslan, 186 p.

WHITEHOUSE Peter, GEORGE Daniel, décembre 2009, *Le mythe de la maladie d'Alzheimer, ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté*, Solal, 388 p.

SAUVY Jean, février 2007, *La maladie d'Alzheimer vécue à deux : élégie*, l'Harmattan, 178 p.

GINESTE Yves, PELISSIER Jérôme, mars 2007, *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Armand Colin, 319 p.

## **Rapports et Documents**

- ANESM, juillet 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*
- ANESM, Février 2009, *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*
- CESL, *Les enjeux économiques et sociaux de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés en Limousin*, Mars 2009
- DREES, *Enquête EHPA 2007*, Etudes et Résultats n°699, août 2009
- HAS, mai 2009, *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*
- INSEE, *le Limousin : horizon 2030 – projection et population*
- INSEE, *Des retraites peu élevées en Limousin, publication électronique*, février 2004
- INSEE Limousin, *Un Limousin sur huit vit sous le seuil de pauvreté*, Focal N° 49, septembre 2008
- Plan gériatrique départemental 2007-2011
- Plan « Solidarité Grand Âge »
- Projet de développement 2007-2012 MFL

## **Textes législatifs et réglementaires**

- Arrêté du 26 avril 1999
- Loi HPST 2009-879 du 21 juillet 2009
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002

## **Article**

- Revue Perspective soignante, Editions Seli Arslan, Paris 1999, n°4

## **Sites internet**

- [www.agevillagepro.com/](http://www.agevillagepro.com/)
- [www.alzheimer-fr.orf/presse](http://www.alzheimer-fr.orf/presse)
- [www.isped.u-bordeaux2.fr/paquid/FR-PAQUID-Accueil.htm](http://www.isped.u-bordeaux2.fr/paquid/FR-PAQUID-Accueil.htm)
- <http://papidoc.chic-cm.fr/>
- [www.sante.gouv.fr/drees/statiss/frames/fracc\\_pers\\_agees287.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/frames/fracc_pers_agees287.htm)
- <http://www.sepec.ca/index2.htm>

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE 1      Effectifs et masse salariale validés par le CROSMS
- ANNEXE 2      Répartition métiers / branche budgétaire EHPAD
- ANNEXE 3      Etude des résidents : tableaux et graphiques
- 3.1 – Un public très féminin
  - 3.2 – Une pyramide des âges étonnante
  - 3.3 – Une origine géographique très localisée
  - 3.4 – Une origine socio-culturelle plutôt hétérogène
  - 3.5 – Près de la moitié des résidents arrivent du domicile
  - 3.6 – La maladie d'Alzheimer, principale cause des démences
  - 3.7 – Des résidents globalement très dépendants
  - 3.8 – Des troubles du comportement variés
  - 3.9 – Ecart de dépendance entre les résidents visés et le public accueilli
  - 3.10 – Des dépendances diversifiées
  - 3.11 – Des troubles du comportement variés
- ANNEXE 4      NPI-ES Mme M.

Catégorie d'emploi	EMPLOIS					MASSE SALARIALE		
	Temps plein	Temps partiel		Total		Hébergement	Dépendance	Soins
	Nb	Nb	ETP	Nb	ETP			
<b>Direction/Administration</b>								
Directeur	1			1	1,00	135 994		
Agent Administratif	1			1	1,00			
<b>Services généraux</b>						212 376		
Cuisinier	2			2	2,00			
Aide cuisinier	2	1	0,50	3	2,50			
Agent d'entretien	1			1	1,00			
Veilleur de nuit	1	1	0,20	2	1,20			
<b>Blanchissement, nettoyage</b>						258 612	110 834	
Agent d'Entretien Spécialisé	11	1	0,50	12	11,50			
Lingère	1	1	0,50	2	1,50			
<b>Médical et paramédical</b>						228 479	849 708	
AS	12	1	0,50	13	12,50			
AMP	4	1	0,50	5	4,50			
Cadre IDE	1			1	1,00			
IDE	7	1	0,40	8	7,40			
Psychologue	1			1	1,00			
Psychomotricien		1	0,50	1	0,50			
Médecin coordonnateur		1	0,40	1	0,40			
<b>Animation</b>						58 140		
Animateur	2			2	2,00			
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>56</b>	<b>51</b>	<b>665 122</b>	<b>339 313</b>	<b>849 708</b>

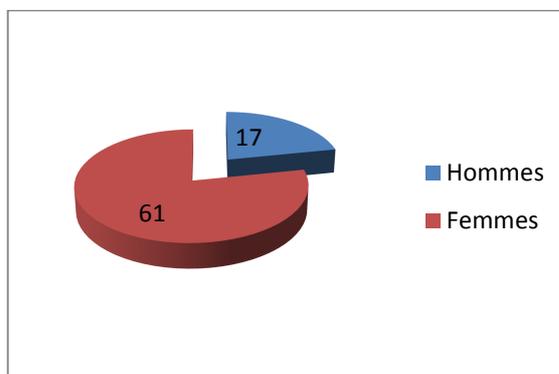
## ANNEXE 2

### REPARTITION BUDGETAIRE SALAIRES ET CHARGES

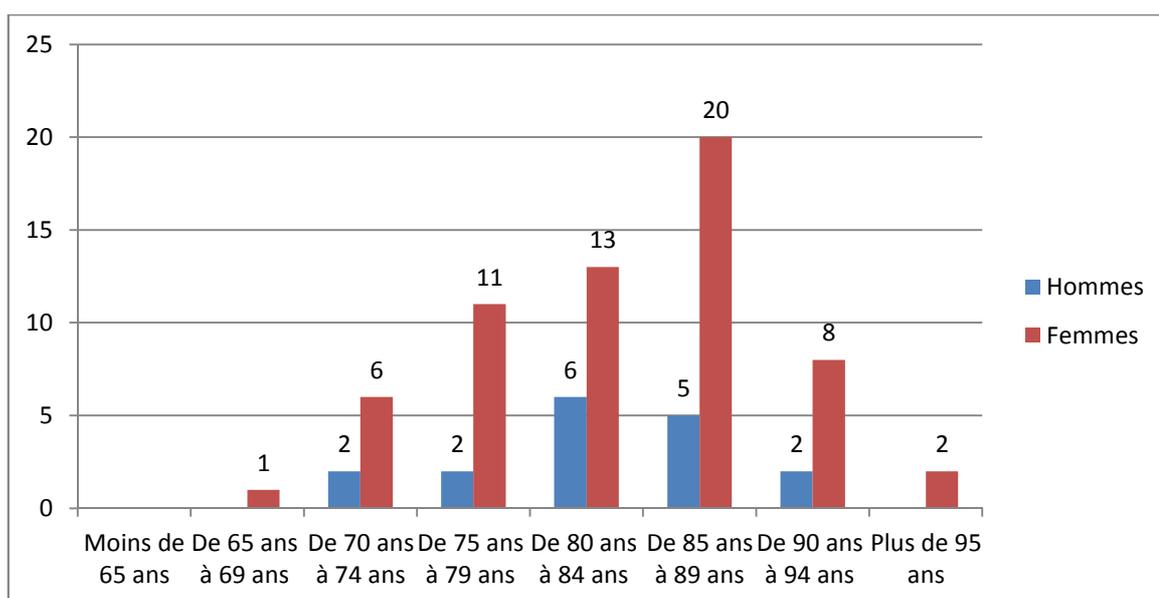
	Hébergement	Dépendance	Soin
100%	Direction / Administration Cuisinier Animation Agent d'entretien	Psychologue	IDE Psychomotricien Assistants Soin Géroto
70%	AES / AVS Aide cuisine		AS/AMP
30%		AS/AMP AES / AVS Aide cuisine	

## ANNEXE 3

### 3.1 – Un public très féminin

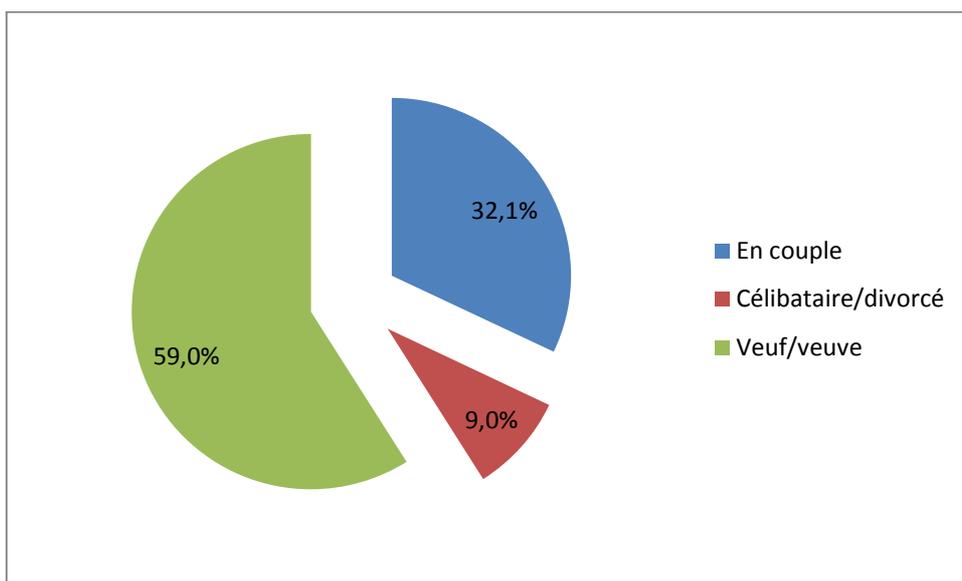


### 3.2 – Une pyramide des âges étonnante

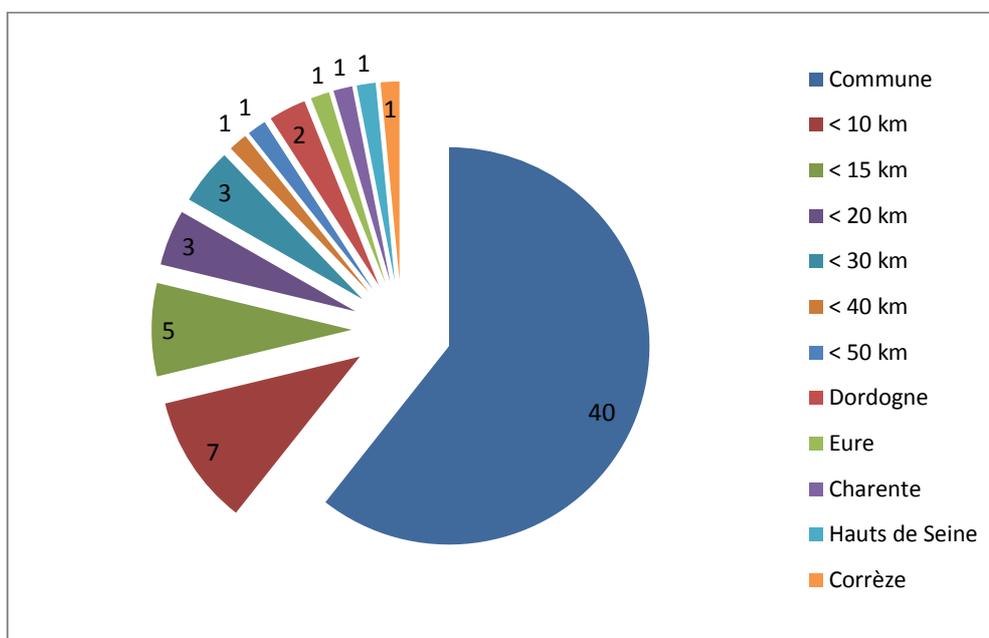


	Femmes	Stat. Nat.	Hommes	Stat Nat.	Total Résidents	Stat. Nat.
Moins de 65 ans		2%		9%		4%
De 65 ans à 69 ans	<b>2%</b>	2%		7%	<b>1%</b>	4%
De 70 ans à 74 ans	<b>10%</b>	5%	<b>12%</b>	11%	<b>10%</b>	6%
De 75 ans à 79 ans	<b>18%</b>	11%	<b>12%</b>	16%	<b>17%</b>	12%
De 80 ans à 84 ans	<b>21%</b>	22%	<b>35%</b>	21%	<b>24%</b>	22%
De 85 ans à 89 ans	<b>33%</b>	28%	<b>29%</b>	21%	<b>32%</b>	26%
De 90 ans à 94 ans	<b>13%</b>	18%	<b>12%</b>	10%	<b>13%</b>	16%
Plus de 95 ans	<b>3%</b>	12%		5%	<b>3%</b>	10%

### 3.3 - Près du tiers des résidents en situation de « couple »



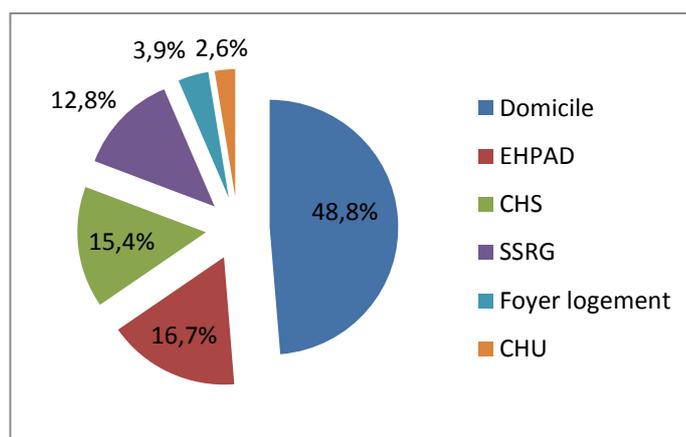
### 3.4 - Une origine géographique très localisée



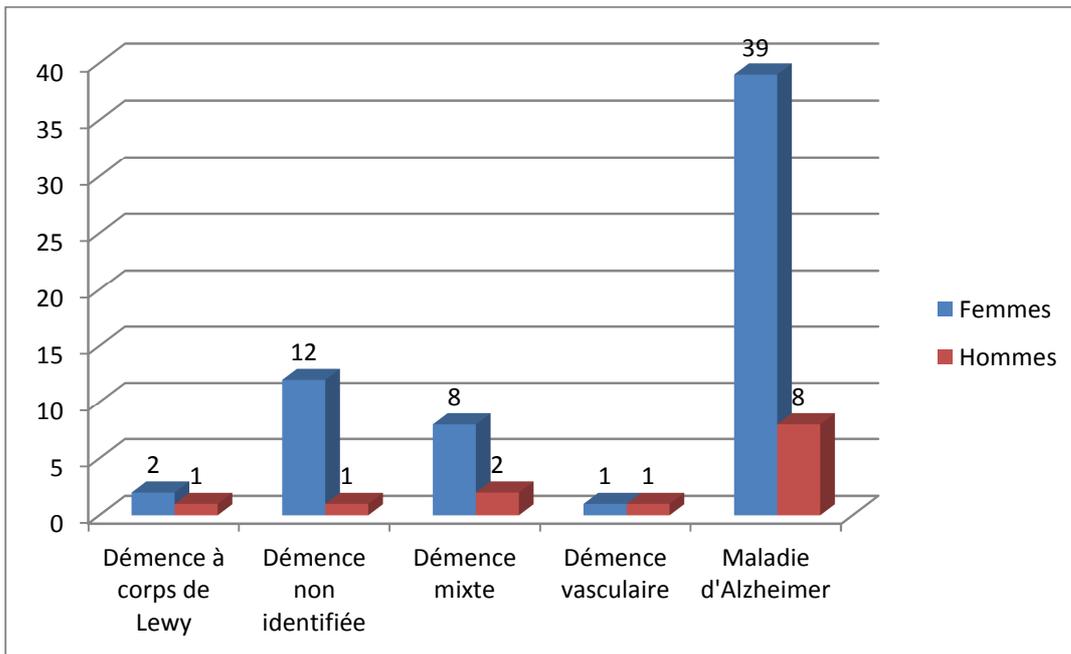
### 3.5 – Une origine socio-culturelle plutôt hétérogène

	Femmes	Hommes	Total
Agriculteur	3		3
Artisan		2	2
Cadre d'entreprise		2	2
Cadre de la fonction publique	1		1
Commerçant	2	1	3
Contremaître	1		1
Employé administratif	5		5
Employé de commerce	1		1
Employé de la fonction publique	5	1	6
Femme au foyer	17		17
Ouvrier	12	6	18
Personnel des Sces directs aux particuliers	12	2	14
Profession intermédiaire	2	1	3
Profession libérale		1	1
Technicien		1	1
	<b>61</b>	<b>17</b>	<b>78</b>

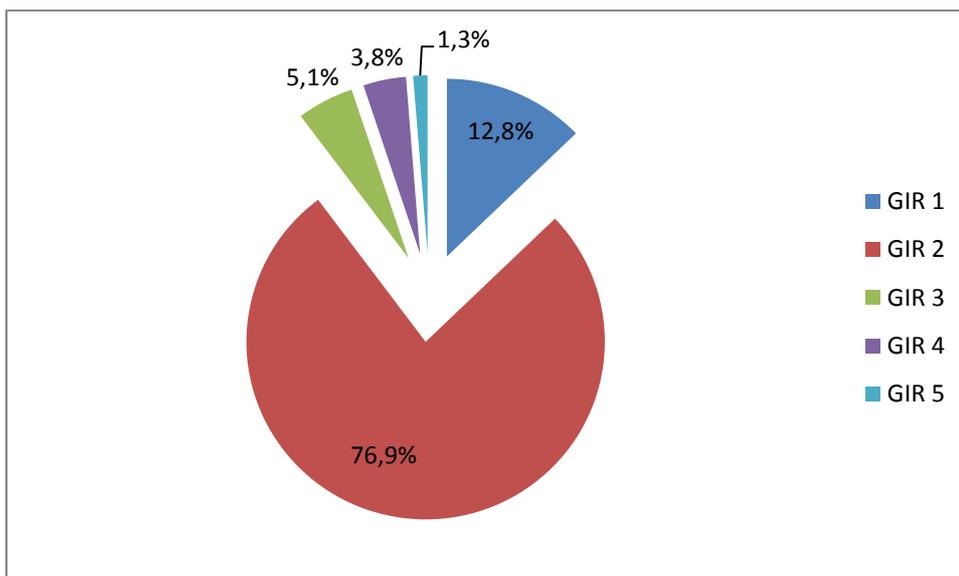
### 3.6 – Près de la moitié des résidents arrivent du domicile



### 3.7 - La Maladie d'Alzheimer, principale cause des démences



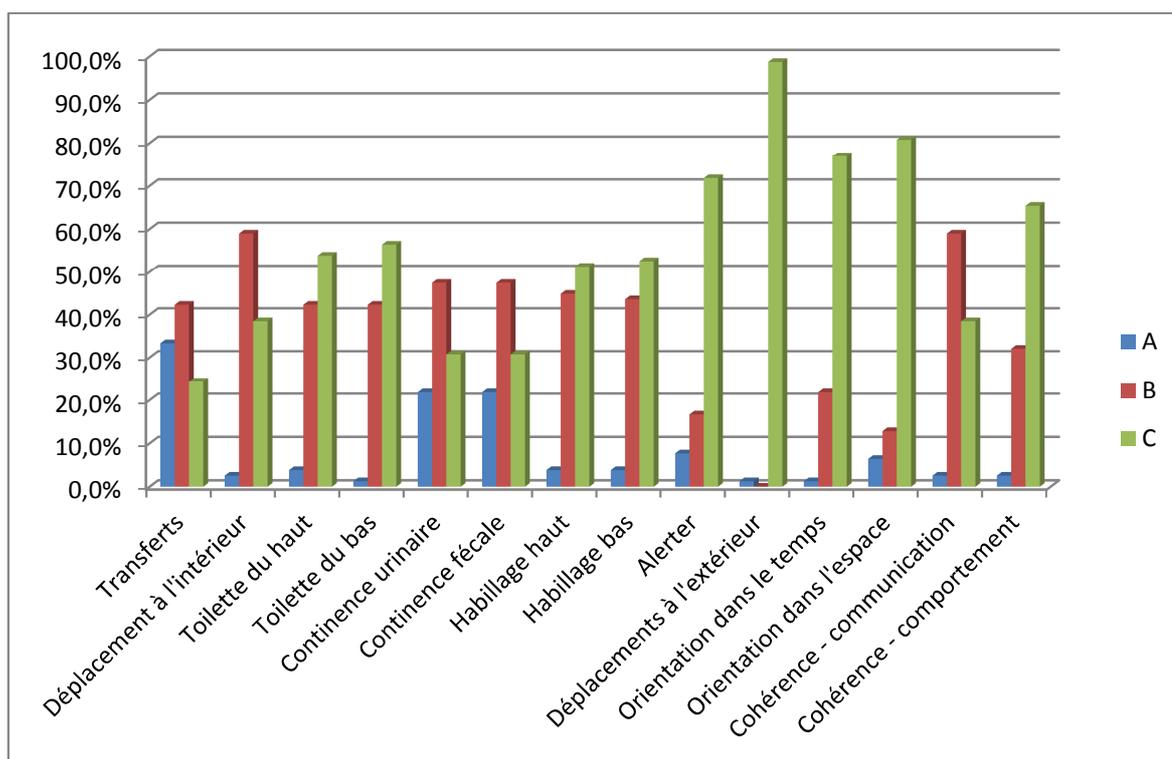
### 3.8 - Des résidents globalement très dépendants



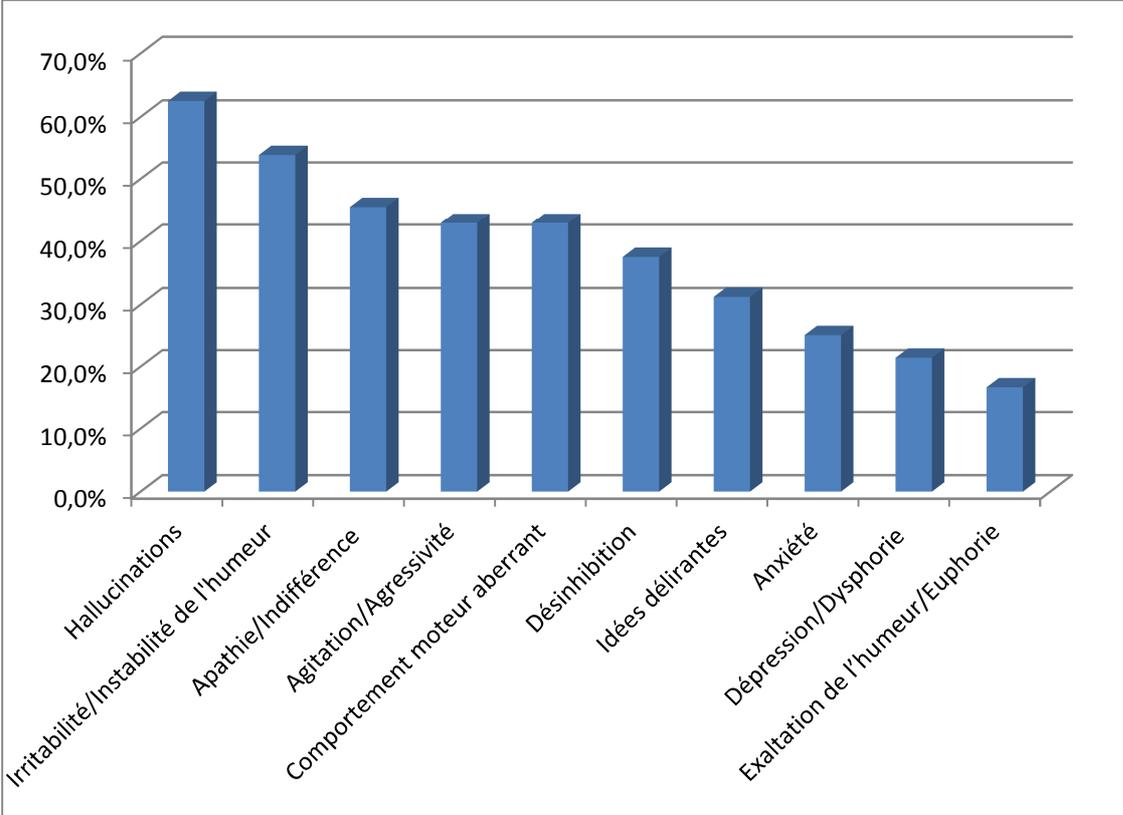
### 3.9 – Ecart de dépendance entre public visé et public accueilli

	REALITE	CROSMS	DELTA
RESIDENTS	78	80	
GIR 1	10	4	+ 6
GIR 2	60	35	+ 25
GIR 3	4	5	- 1
GIR 4	3	30	- 27
GIR 5	1	5	- 4
GIR 6	0	1	- 1
GMP	828	632	+ 196

### 3.10 – Des dépendances diversifiées



### 3.11 - Des troubles du comportement variés



## INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE NPI/ES

Nom: Q Age: 86 ans Date de l'évaluation: 01/02/11

Fonction de la personne interviewée: AS Type de relation avec le patient :

→ Très proche/ prodigue des soins quotidiens;  
proche/ s'occupe souvent du patient;  
pas très proche/ donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient  
 NA = question inadaptée (non applicable) F x G = Fréquence x Gravité

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 (4)	1 2 3	[ 2 ]	1 2 3 (4) 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 (4)	1 2 3	[ 12 ]	1 2 3 (4) 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 (4)	1 2 3	[ 12 ]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 (4)	1 2 3	[ 8 ]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 (4)	1 2 3	[ 4 ]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ 3 ]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 (4)	1 2 3	[ 12 ]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[ 8 ]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 (4)	1 2 3	[ 8 ]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	(0)	1 2 3 4	1 2 3	[ 0 ]	1 2 3 4 5
<b>Score total 10</b>					<b>[ 73 ]</b>	<b>34</b>
<i>Changements neurovégétatifs</i>						
Sommeil	X	0	1 2 (3) 4	1 2 3	[ 3 ]	1 2 3 4 5
Appétit/Troubles de l'appétit	X	0	1 2 3 (4)	1 2 3	[ 8 ]	1 2 (3) 4 5
<b>Score total 12</b>					<b>[ 86 ]</b>	<b>38</b>

ANNEXE 4

## A. IDEES DELIRANTES

(NA)

" Le patient/la patiente croit-il/elle des choses dont vous savez qu'elles ne sont pas vraies ? Par exemple, il/elle insiste sur le fait que des gens essaient de lui faire du mal ou de le/la voler. A-t-il/elle dit que des membres de sa famille ou de l'équipe soignante ne sont pas les personnes qu'ils prétendent être ou que leur époux/épouse le/la trompe? Le patient a-t-il d'autres croyances inhabituelles?"

NON Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |   | Oui                                 | Non                                 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Le patient/la patiente croit-il/elle être en danger ou que les autres ont l'intention de lui faire du mal ou lui ont fait du mal par le passé ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/ patiente croit-il/elle que les autres le/la volent ?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la croit-il/elle que sa conjointe/son conjoint a une liaison ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente croit-il/elle que des membres de sa famille, de l'équipe soignante ou d'autres personnes ne sont pas ceux qu'ils prétendent être ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Est-ce que le patient/la patiente croit-il/elle que des personnes que l'on voit à la télévision ou dans des magazines sont réellement présentes dans la pièce ? (essaie-t-il/elle de leur parler ou de communiquer avec elles ?) | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Croit-il/elle en d'autres choses inhabituelles sur lesquelles je ne vous ai pas interrogé ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

Commentaires:

*Parle la nuit alors qu'il est éveillé.*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces idées délirantes

### FREQUENCE

- |  |          |
|--|----------|
| Quelquefois : moins d'une fois par semaine                       | 1        |
| Assez souvent : environ une fois par semaine                     | 2        |
| Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | 3        |
| Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps  | <b>4</b> |

### GRAVITE

- |  |          |
|--|----------|
| Léger: les idées délirantes sont présentes mais elles semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente. | 1        |
| Moyen: les idées délirantes sont éprouvantes et perturbantes pour le patient/la patiente.  | <b>2</b> |
| Important: les idées délirantes sont très perturbantes et représentent une source majeure de troubles du comportement            | 3        |

### RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

- |             |   |                              |          |
|-------------|---|------------------------------|----------|
| Pas du tout | 0 | Modérément                   | 3        |
| Minimum     | 1 | Sévèrement                   | <b>4</b> |
| Légalement  | 2 | Très sévèrement, extrêmement | 5        |

## B. HALLUCINATIONS

(NA)

" Le patient/la patiente a-t-il/elle des hallucinations ? A-t-il/elle des visions ou entend-il/elle des voix ? Semble-t-il/elle voir, entendre ou percevoir des choses qui n'existent pas ? " (Si oui, demandez un exemple afin de déterminer s'il s'agit bien d'une hallucination). Le patient s'adresse-t-il à des personnes qui ne sont pas là?"

NON Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |   | Oui                                 | Non                                 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Le patient/la patiente dit-il/elle entendre des voix ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle entendait des voix ?   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui ne sont pas là ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3. Le patient/la patiente dit-il/elle voir des choses que les autres ne voient pas ou se comporte-t-il/elle comme s'il/elle voyait des choses que les autres ne voient pas (des personnes des animaux des lumières, etc...) ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 4. Le patient/la patiente dit-il/elle sentir des odeurs que les autres ne sentent pas ?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Le patient/la patiente dit-il/elle ressentir des choses sur sa peau ou semble-t-il/elle ressentir des choses qui rampent sur lui/elle ou qui le/la touchent ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Le patient/la patiente dit-il/elle ou se comporte-t-il comme si il/elle avait des goûts dans la bouche qui ne sont pas présents ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Le patient/la patiente décrit-il/elle d'autres sensations inhabituelles ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |

Commentaires:

*Sense qu'il pleut sur sa tête*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces hallucinations

### FREQUENCE

- |  |          |
|--|----------|
| Quelquefois : moins d'une fois par semaine                       | 1        |
| Assez souvent : environ une fois par semaine                     | 2        |
| Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | 3        |
| Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps  | <b>4</b> |

### GRAVITE

- |   |          |
|---|----------|
| Léger: les hallucinations sont présentes mais semblent inoffensives et sont peu éprouvantes pour le patient/la patiente.  | 1        |
| Moyen: les hallucinations sont éprouvantes et stressantes pour le patient/la patiente et provoquent des comportements inhabituels et étranges.  | 2        |
| Important: les hallucinations sont très stressantes et éprouvantes et représentent une source majeure de comportements inhabituels et étranges (l'administration d'un traitement occasionnel peut se révéler nécessaire pour les maîtriser) | <b>3</b> |

### RETENTISSEMENT SUR LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

- |             |   |                              |          |
|-------------|---|------------------------------|----------|
| Pas du tout | 0 | Modérément                   | 3        |
| Minimum     | 1 | Sévèrement                   | <b>4</b> |
| Légalement  | 2 | Très sévèrement, extrêmement | 5        |

### C. AGITATION / AGRESSIVITÉ

(NA)

" Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente refuse l'aide des autres ? Est-il difficile de l'amener à faire ce qu'on lui demande ? Est-il/elle bruyant et refuse-t-il/elle de coopérer? Le patient/la patiente essaye-t-il/elle de blesser ou de frapper les autres?"

NON Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente est-il/elle agacé(e) par les personnes qui essayent de s'occuper de lui/d'elle ou s'oppose-t-il/elle à certaines activités comme prendre un bain ou changer de vêtements ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente est-il/elle buté(e), exige-t-il/elle que tout soit fait à sa manière ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente est-il/elle peu coopératif(ve) et refuse-t-il/elle l'aide qu'on lui apporte ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle d'autres comportements qui font qu'il n'est pas facile de l'amener à faire ce qu'on lui demande?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente crie-t-il/elle, est-il/elle bruyant ou jure-t-il/elle avec colère ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente fait-il/elle claquer les portes, donne-t-il/elle des coups de pieds dans les meubles ou lance-t-il/elle des objets ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente essaie-t-il/elle de frapper les autres ou de leur faire du mal ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'une autre façon son agressivité ou son agitation ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette agitation

#### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

#### GRAVITE

Léger: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente mais il est possible de le contrôler par l'intervention du soignant.	1
Moyen: ce comportement est perturbant pour le patient/la patiente et il est difficile à contrôler.	2
Important: l'agitation est très stressante ou perturbante pour le patient/la patiente et est très difficile voire impossible à contrôler. Il est possible que le patient/la patiente se blesse lui-même et l'administration de médicaments est souvent nécessaire.	3

#### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

### D. DEPRESSION / DYSPHORIE

(NA)

" Le patient/la patiente semble-t-il/elle triste ou déprimé(e) ? Dit-il/elle qu'il/elle se sent triste ou déprimé(e) ? Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?"

NON Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente pleure-t-il/elle parfois?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses indiquant qu'il/elle est déprimé(e)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente se rabaisse-t-il/elle ou dit-il/elle qu'il/elle a l'impression d'être un(e) raté(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle qu'il/elle est quelqu'un de mauvais ou qu'il/elle mérite d'être puni(e) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente semble-t-il/elle très découragé(e) ou dit-il/elle qu'il/elle n'a pas d'avenir ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente dit-il/elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente exprime-t-il/elle son désir de mourir ou parle-t-il/elle de se suicider ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif

#### FREQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

#### GRAVITE

Léger: l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant.	1
Moyen: l'état dépressif est stressant pour le patient/la patiente et est difficile à soulager.	2
Important: l'état dépressif est très perturbant et stressant et est difficile voire impossible à soulager.	3

#### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

**E. ANXIETE**

(NA)

“ Le patient/la patiente est-il/elle très nerveux(se), inquiet(ète) ou effrayé(e) sans raison apparente ? Semble-t-il/elle très tendu(e) ou est-t-il/elle incapables de se détendre ? Le patient/la patiente a-t-il/elle peur d'être séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance? ”

NON Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |   | Oui                                 | Non                                 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Le patient/la patiente dit-il/elle se faire du souci au sujet des événements qui sont prévus comme des rendez-vous ou des visites de la famille?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Y a t il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente se sent mal à l'aise, incapable de se relaxer ou excessivement tendu(e) ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3. Y a t il des période pendant lesquelles le patient/la patiente a (ou se plaint d'avoir) le souffle coupé, il/elle cherche son souffle ou soupire sans autre raison apparente que sa nervosité ?    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente se plaint-il/elle d'avoir l'estomac noué, des palpitations ou le coeur qui cogne du fait de sa nervosité ? (Symptômes non expliqués par des problèmes de santé)             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Le patient/la patiente évite-t-il/elle certains endroits ou certaines situations qui le/la rendent plus nerveux(se) comme par exemple rencontrer des amis ou participer à des activités?           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 6. Le patient/la patiente est-il/elle nerveux(se) ou contrarié(e) lorsqu'il/elle est séparé(e) de vous ou de ceux en qui il/elle a confiance? (S'agrippe-t-il/elle à vous pour ne pas être séparé(e)) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'anxiété ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette anxiété

**FREQUENCE**

- |  |          |
|--|----------|
| Quelquefois : moins d'une fois par semaine                       | 1        |
| Assez souvent : environ une fois par semaine                     | 2        |
| Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | 3        |
| Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps  | <b>4</b> |

**GRAVITE**

- |   |          |
|---|----------|
| Léger: l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer par l'intervention du soignant. | <b>1</b> |
| Moyen: l'état d'anxiété est stressant pour le patient/la et difficile à soulager.   | 2        |
| Important: l'état d'anxiété est très stressant et perturbant et difficile voire impossible à soulager.  | 3        |

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

- |             |   |                              |          |
|-------------|---|------------------------------|----------|
| Pas du tout | 0 | Modérément                   | <b>3</b> |
| Minimum     | 1 | Sévèrement                   | 4        |
| Légalement  | 2 | Très sévèrement, extrêmement | 5        |

**F. EXALTATION DE L'HUMEUR / EUPHORIE**

(NA)

“ Le patient/la patiente semble-t-il/elle trop joyeux(se) ou heureux(se) sans aucune raison ? Je ne parle pas d'une joie de vivre tout à fait normale mais, par exemple, du fait qu'il/elle trouve drôle ce qui ne fait pas rire les autres? ”

NON Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |  | Oui                                 | Non                                 |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Le patient/la patiente semble-t-il/elle se sentir trop bien ou être trop heureux(se)?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/la patiente trouve-t-il/elle drôle ou rit-il/elle pour des choses que les autres ne trouvent pas drôle ?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la patiente semble-t-il/elle avoir un sens de l'humour puéril et une tendance à rire sottement ou de façon déplacée (lorsqu'une personne est victime d'un incident malheureux par exemple) ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 4. Le patient/la patiente raconte-t-il/elle des blagues ou fait-il/elle des réflexions qui ne font rire personne sauf lui/elle ?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Fait-il/elle des farces puériles telles que pincer les gens ou prendre des objets et refuser de les rendre juste pour s'amuser ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes révélant qu'il/elle se sent trop bien ou est trop heureux ?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette exaltation de l'humeur / euphorie

**FREQUENCE**

- |  |          |
|--|----------|
| Quelquefois : moins d'une fois par semaine                       | 1        |
| Assez souvent : environ une fois par semaine                     | 2        |
| Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | <b>3</b> |
| Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps  | 4        |

**GRAVITE**

- |   |          |
|---|----------|
| Léger: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse.   | <b>1</b> |
| Moyen: Le patient/la patiente semble parfois trop heureuse et cela provoque des comportements étranges quelquefois. | 2        |
| Important: Le patient/la patiente semble presque toujours trop heureuse et pratiquement tout l'amuse.               | 3        |

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

- |             |   |                              |          |
|-------------|---|------------------------------|----------|
| Pas du tout | 0 | Modérément                   | <b>3</b> |
| Minimum     | 1 | Sévèremen                    | 4        |
| Légalement  | 2 | Très sévèrement, extrêmement | 5        |

### G. APATHIE / INDIFFERENCE

(NA)

" Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ? N'a-t-il/elle plus envie de faire des choses ou manque-t-il/elle de motivation pour participer aux activités ? Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui/elle ou de le/la faire participer aux activités de groupe?"

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu de l'intérêt pour le monde qui l'entoure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente est-il/elle moins enclin(e) à engager une conversation? (ne coter que si la conversation est possible)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente manque-t-il/elle de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s'attendre (joie lors de la visite d'un ami ou d'un membre de la famille, intérêt pour l'actualité ou le sport, etc) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente a-t-il/elle perdu tout intérêt pour ses amis et membres de sa famille ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente est-il/elle moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente reste-t-il/elle sagement assise sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant qu'aucune activité nouvelle ne l'intéresse?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires: *sauhait rester au lit*

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette apathie / indifférence.

#### FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

#### GRAVITÉ

Léger: Le patient/la patiente manifeste parfois une perte d'intérêt pour les choses, mais cela affecte peu son comportement et sa participation aux activités.	1
Moyen: Le patient/la patiente manifeste une perte d'intérêt pour les choses qui ne s'atténue qu'à l'occasion d'événements importants tels que la visite de parents proches ou de membres de la famille.	2
Important: Le patient/la patiente manifeste une complète perte d'intérêt et de motivation.	3

#### RETENTISSEMENT:

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

### H. DESINHIBITION

(NA)

" Le patient/la patiente dit-il/elle ou fait-il/elle des choses qui, en général, ne se font pas ou ne se disent pas en public ? Semble-t-il/elle agir de manière impulsive, sans réfléchir ? Dit-il/elle des choses déplacées ou blessantes pour les autres?"

NON Passez à la section suivante **OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

	Oui	Non
1. Le patient/la patiente agit-il/elle de manière impulsive sans sembler se préoccuper des conséquences de ses actes ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le patient/la patiente parle-t-il/elle à des personnes qui lui sont totalement étrangères comme s'il/elle les connaissait ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le patient/la patiente dit-il/elle aux gens des choses déplacées ou blessantes ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Le patient/la patiente dit-il/elle des grossièretés ou fait-il/elle des remarques d'ordre sexuel?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Le patient/la patiente parle-t-il/elle ouvertement de questions très personnelles ou privées dont on ne parle pas, en général en public ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Le patient/la patiente caresse, touche ou étreint-il/elle les gens d'une façon désadaptée?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes indiquant une perte de contrôle de ses impulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette désinhibition

#### FRÉQUENCE

Quelquefois : moins d'une fois par semaine	1
Assez souvent : environ une fois par semaine	2
Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours	3
Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps	4

#### GRAVITÉ

Léger: Le patient/la patiente agit parfois de façon impulsive mais cela n'est pas difficile à modifier.	1
Moyen: Le patient/la patiente est très impulsif et son comportement est difficile à modifier.	2
Important: Le patient/la patiente est toujours impulsif et son comportement est à peu près impossible à modifier.	3

#### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

Pas du tout	0	Modérément	3
Minimum	1	Sévèrement	4
Légalement	2	Très sévèrement, extrêmement	5

## I. IRRITABILITÉ / INSTABILITÉ DE L'HUMEUR

(NA)

"Le patient/la patiente est-il/elle facilement irritable ou perturbé? Est-il/elle d'humeur très changeante? Se montre-t-il/elle extrêmement impatient(e)?"

NON Passez à la section suivante

**OUI**

Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |   | Oui                                 | Non                                 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Le patient/la patiente a-t-il/elle mauvais caractère ? Est-ce qu'il/elle " sort de ses gonds " facilement pour des petits riens ?                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2. Le patient/la patiente a-t-il/elle des sautes d'humeur qui font qu'il/elle peut être très bien l'espace d'un moment et en colère l'instant d'après ? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3. Le patient/la patiente a-t-il/elle de brusques accès de colère ?   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 4. Est-il/elle impatient(e), supportant mal les retards ou le fait de devoir attendre les activités qui sont prévues ?                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 5. Le patient/la patiente est-il/elle grincheux(se) et irritable ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Le patient/la patiente cherche-t-il/elle les disputes et est-il/elle difficile à vivre ?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Le patient/la patiente montre-t-il/elle d'autres signes d'irritabilité ?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cette irritabilité / instabilité de l'humeur

### FREQUENCE

- |  |          |
|--|----------|
| Quelquefois : moins d'une fois par semaine                       | 1        |
| Assez souvent : environ une fois par semaine                     | 2        |
| Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | 3        |
| Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps  | <b>4</b> |

### GRAVITE

- |  |          |
|--|----------|
| Léger : Le patient/la patiente est parfois irritable mais cela n'est pas difficile à modifier.                         | 1        |
| Moyen : Le patient/la patiente est très irritable et son comportement est difficile à modifier.                        | <b>2</b> |
| Important : Le patient/la patiente est presque toujours irritable et son comportement est quasi impossible à modifier. | 3        |

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

- |             |   |                              |          |
|-------------|---|------------------------------|----------|
| Pas du tout | 0 | Modérément                   | 3        |
| Minimum     | 1 | Sévèrement                   | <b>4</b> |
| Légalement  | 2 | Très sévèrement, extrêmement | 5        |

## J. COMPORTEMENT MOTEUR ABERRANT

"Le patient/la patiente-t-il/elle des activités répétitives ou des rituels qu'il reproduit de façon incessante comme faire les cent pas, tourner sur soi-même, tripoter des objets ou enrouler de la ficelle? (ne pas inclure les tremblements simples ou les mouvements de la langue)"

**NON** Passez à la section suivante

**OUI** Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le patient/la patiente tourne-t-il/elle en rond sans but apparent ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient/la patiente farfouille-t-il/elle un peu partout, ouvrant et vidant les placards ou les tiroirs ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Le patient/la patiente n'arrête-t-il/elle pas de mettre et d'enlever ses vêtements ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Le patient/la patiente a-t-il/elle des activités répétitives comme boutonner et déboutonner, tripoter, envelopper, changer les draps, etc? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Y-a-t-il d'autres activités que le patient/la patiente ne cesse de répéter ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ce comportement moteur aberrant

### FREQUENCE

- |  |   |
|--|---|
| Quelquefois : moins d'une fois par semaine                       | 1 |
| Assez souvent : environ une fois par semaine                     | 2 |
| Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | 3 |
| Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps  | 4 |

### GRAVITE

- |   |   |
|---|---|
| Léger: Le patient/la patiente manifeste parfois des comportements répétitifs, mais cela n'entrave pas les activités quotidiennes.                                   | 1 |
| Moyen: les comportements répétitifs sont flagrants mais peuvent être maîtrisés avec l'aide du soignant.   | 2 |
| Important : les comportements répétitifs sont flagrants et perturbants pour le patient/la patiente et sont difficiles voire impossible à contrôler par le soignant. | 3 |

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

- |             |   |                              |   |
|-------------|---|------------------------------|---|
| Pas du tout | 0 | Modérément                   | 3 |
| Minimum     | 1 | Sévèrement                   | 4 |
| Légalement  | 2 | Très sévèrement, extrêmement | 5 |

**K. SOMMEIL**

(NA)

Cette partie du questionnaire devrait s'adresser uniquement aux membres de l'équipe soignante qui travaillent la nuit et qui observent le patient/la patiente directement ou qui ont une connaissance suffisante des activités nocturnes du patient/de la patiente (assistent aux transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin). Si le soignant interviewé ne connaît pas les activités nocturnes du patient/de la patiente, notez " NA ".

"Est-ce que le patient/la patiente a des problèmes de sommeil (ne pas tenir compte du fait qu'il/elle se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement)? Reste-t-il/elle réveillé(e) la nuit? Est-ce qu'il/elle erre la nuit, s'habille ou pénètre dans d'autres chambres?"

NON Passez à la section suivante OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |  | Oui                                 | Non                                 |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Est-ce que le patient/la patiente éprouve des difficultés à s'endormir ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2. Est-ce que le patient/la patiente se lève durant la nuit (ne pas tenir compte du fait que le patient se lève uniquement une fois ou deux par nuit seulement pour se rendre aux toilettes et se rendort ensuite immédiatement) ? | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Est-ce que le patient/la patiente erre, fait les cent pas ou se met à avoir des activités inappropriées la nuit ?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Est-ce que le patient/la patiente se réveille la nuit, s'habille et fait le projet de sortir en pensant que c'est le matin et qu'il est temps de démarrer la journée ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Est-ce que le patient/la patiente se réveille trop tôt le matin (plus tôt que les autres patients) ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 6. Est-ce que le patient/la patiente a durant la nuit d'autres troubles dont nous n'avons pas parlé ?  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
- Commentaires:

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces troubles du sommeil

**FREQUENCE**

- |  |   |
|--|---|
| Quelquefois : moins d'une fois par semaine                       | 1 |
| Assez souvent : environ une fois par semaine                     | 2 |
| Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | 3 |
| Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps  | 4 |

**GRAVITE**

- |  |   |
|--|---|
| Léger : les troubles ne sont pas particulièrement perturbateurs pour le patient/la patiente.           | 1 |
| Moyen : les troubles perturbent les autres patients. Plusieurs types de troubles peuvent être présents | 2 |
| Important : les troubles perturbent vraiment beaucoup le patient durant la nuit.                       | 3 |

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

- |             |   |                              |   |
|-------------|---|------------------------------|---|
| Pas du tout | 0 | Modérément                   | 3 |
| Minimum     | 1 | Sévèrement                   | 4 |
| Légalement  | 2 | Très sévèrement, extrêmement | 5 |

**L. APPETIT / TROUBLES DE L'APPETIT**

(NA)

" Le patient/la patiente a-t-il/elle un appétit démesuré ou très peu d'appétit, y-a-t-il eu des changements dans son poids ou ses habitudes alimentaires (coter NA si le patient est incapable d'avoir un comportement alimentaire autonome et doit se faire nourrir) ? Est-ce qu'il y a eu des changements dans le type de nourriture qu'il/elle préfère ? "

NON Passez à la section suivante OUI Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

- |   | Oui                                 | Non                                 |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Est-ce que le patient/la patiente a perdu l'appétit ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Est-ce que le patient/la patiente a plus d'appétit qu'avant ?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Est-ce que le patient/la patiente a maigri ?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Est-ce que le patient/la patiente a grossi ?   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans son comportement alimentaire comme par exemple de mettre trop de nourriture dans sa bouche en une seule fois ?                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 6. Est-ce que le patient/la patiente a eu un changement dans le type de nourriture qu'il/elle aime comme de manger par ex trop de sucreries ou d'autres sortes de nourritures particulières ?                     | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Est-ce que le patient/la patiente a développé des comportements alimentaires comme par exemple manger exactement le même type de nourriture chaque jour ou manger les aliments exactement dans le même ordre ? | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Est-ce qu'il y a eu d'autres changements de son appétit ou de sa façon de manger sur lesquels je ne vous ai pas posé de questions ?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Commentaires: mange très rapidement

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de ces changements de son appétit ou de sa façon de manger

**FREQUENCE**

" Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... "

- |  |   |
|--|---|
| Quelquefois : moins d'une fois par semaine                       | 1 |
| Assez souvent : environ une fois par semaine                     | 2 |
| Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | 3 |
| Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps  | 4 |

**GRAVITE**

- |   |   |
|---|---|
| Léger : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents mais n'ont pas entraîné de changement de poids et ne sont pas perturbants. | 1 |
| Moyen : des changements dans l'appétit ou les aliments sont présents et entraînent des fluctuations mineures de poids.                          | 2 |

- |   |   |
|---|---|
| Important : des changements évidents dans l'appétit et les aliments sont présents, entraînent des fluctuations de poids, sont anormaux et d'une manière générale perturbent le patient. | 3 |
|---|---|

**RETENTISSEMENT**

A quel point ce comportement est perturbant pour vous et augmente votre charge de travail?

- |             |   |                              |   |
|-------------|---|------------------------------|---|
| Pas du tout | 0 | Modérément                   | 3 |
| Minimum     | 1 | Sévèrement                   | 4 |
| Légalement  | 2 | Très sévèrement, extrêmement | 5 |

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale****CENTRE DE FORMATION : IRTS AQUITAINE****ACTUALISER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT D'UN EHPAD ACCUEILLANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉMENTES : DU PROJET CROSMS A LA RÉALITÉ****Résumé :**

Comment tout en restant dans un univers financier très contraint est-il possible d'actualiser l'offre de service d'un EHPAD pour répondre à des besoins nouveaux ?  
Tel est l'enjeu d'une démarche d'actualisation d'un projet.

Cette démarche d'actualisation passe, pour l'EHPAD, par la reconnaissance de la démence et la prévalence des troubles du comportement ; cette reconnaissance est nécessaire pour finaliser l'accompagnement de ces personnes et recourir à des méthodologies spécifiques et adaptées.

Le plan d'action présenté s'est déployé en trois directions complémentaires :

- en externe pour adapter le projet à l'environnement social, politique et culturel ;
- en direction des familles pour les associer et les impliquer dans l'accompagnement ;
- en interne en réorganisant l'espace et en reconsidérant les prestations offertes au vu de l'évolution et de l'évaluation des besoins.

**Mots clés :**

EHPAD – PERSONNES AGEES – DEMENCES – ACTUALISATION – PROJET D'ETABLISSEMENT – TROUBLES DU COMPORTEMENT

*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.*