



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire
social et médico-social**

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**Optimiser une prise en charge adaptée
et de qualité pour les personnes
atteintes de la maladie d'Alzheimer ou
de maladies apparentées :**

L'exemple de la restructuration globale de l'EHPAD Richard de
CONFLANS SAINTE HONORINE

Christine ETCHEBARNE

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Jean Lacombe, maître de stage et directeur de l'EHPAD Richard de Conflans Sainte Honorine, pour son écoute, ses conseils et la confiance qu'il m'a donnée.

Je remercie également les équipes administratives et soignantes de l'établissement pour le temps qu'elles m'ont consacré et plus particulièrement Madame le Docteur Murray pour sa disponibilité, et Madame Cosson, intervenante de l'EHESP.

Enfin, je remercie vivement Monsieur Jean Luc Sabatier, directeur adjoint du pôle gériatrique de l'hôpital de Versailles et les personnes que j'ai pu interroger pour leurs témoignages et l'accueil qu'ils m'ont réservé.

Sommaire

Introduction	1
1 L'augmentation du nombre de personnes accueillies atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : un nouveau défi de l'EHPAD	7
1.1 Une situation évolutive.....	7
1.1.1 Le vieillissement démographique.....	7
1.1.2 Les pathologies de type Alzheimer et troubles apparentes	8
1.1.3 Du diagnostic aux interventions à visée thérapeutique.....	10
1.2 Les orientations nationales : conjugaison d'enjeux autour de la personne âgée.....	14
1.2.1 La prise de conscience des enjeux sociaux.....	14
1.2.2 Les principaux axes des mesures 1 et 16 du plan Alzheimer 2008 2012.....	15
1.2.3 Les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (Anesm) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour des prises en charge globales et individualisées en établissement	17
1.3 Le schéma gérontologique du département des Yvelines	19
2 L'inadaptation de l'EHPAD à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	21
2.1 L'EHPAD dans son contexte : une situation difficile	21
2.1.1 Des besoins d'unités dédiées en France à la répartition dans le département des Yvelines	21
2.1.2 La présentation de l'établissement Richard	24
2.1.3 L'évolution du public accueilli.....	26
2.2 Une situation architecturale et une organisation inadaptées dans l'EHPAD Richard.....	28
2.2.1 Une situation architecturale actuelle non fonctionnelle.....	29
2.2.2 La nécessité d'une restructuration organisationnelle.....	31
2.3 La comparaison avec deux autres restructurations: les points de vigilance à identifier	36

3	Impulser un projet de création d'unités dédiées pour une prise en charge de qualité des résidents confrontés à la dépendance et à la maladie d'Alzheimer	39
3.1	Le projet d'établissement : une stratégie managériale	39
3.1.1	Le projet d'établissement et l'importance de la démarche qualité sur les pratiques professionnelles.....	39
3.1.2	Le projet de vie : une réponse individualisée pour un accompagnement de qualité.....	40
3.2	La dynamique de projets architecturaux dans l'EHPAD Richard	42
3.2.1	L'extension des locaux et les phases de la restructuration	43
3.2.2	Le projet spécifique de l'unité dédiée avec parcours de déambulation (type UHR)	45
3.2.3	La stratégie de réflexion pour la création d'un « pôle d'activités et de soins adaptés » (PASA).....	48
3.2.4	Un accueil de jour au caractère innovant	51
3.3	Le changement dans les organisations	53
3.3.1	La communication managériale et l'accompagnement au changement des équipes.....	53
3.3.2	Le développement des relations et de l'implication des familles	56
3.3.3	L'animation comme vecteur du projet de vie personnalisé : axes à améliorer	56
3.4	Le suivi financier : le plan de financement et le programme d'investissement en regard de la restructuration globale	57
	Conclusion	59
	Bibliographie	61
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR :	Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources
AMP :	Aide Médico-Psychologique
ANESM :	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médicosociaux
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS :	Agence régionale de santé
AS :	Aide Soignant
ASH :	Agent des Services Hospitaliers
CG :	Comité de gestion
CH :	Centre hospitalier
CHSCT :	Comité d'Hygiène, Sécurité et des Conditions de Travail
CLIC :	Centres locaux d'information et de coordination
CROSMS :	Comite Régional d'Organisation Sanitaire et Médico-sociale
CSP :	Code de la santé publique
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR :	Dotation régionale de développement des réseaux
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH :	Directeur des ressources humaines
DSR :	Direction du soutien au réseau
EHESP :	École des Hautes études en santé publique
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP :	Équivalent temps plein
GIR :	Groupe Iso Ressources
GMP :	GIR Moyen Pondéré
HAS :	Haute autorité de santé
HJ :	Hôpital de jour
HL :	Hôpital Local
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
MMSE :	Mini Mental State Examination
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
SROS :	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
UHR :	Unité d'Hébergement Renforcé
USLD :	Unité de Soins Longue Durée

Introduction

La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées représentent un enjeu majeur de santé publique. L'augmentation du nombre de personnes concernées est due à des causes multiples dont deux facteurs importants : le vieillissement démographique en France et les progrès réalisés dans la connaissance de cette maladie permettant un meilleur diagnostic. Si l'on associe l'augmentation de l'espérance de vie et les limites rapides du maintien à domicile de ces personnes, il est indispensable de s'intéresser aux moyens dont disposent les équipes responsables et tout particulièrement à la qualité de prise en charge en unités spécifiques Alzheimer des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Selon la dernière étude nationale de la Fondation Médéric Alzheimer¹, 69% des EHPAD accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Un tiers dispose d'un espace de vie pour organiser, pendant la journée, des activités adaptées. Seulement 22% d'entre eux, disposent d'une unité spécifique Alzheimer. Suite aux différents rapports² et aux enquêtes³, le troisième plan Alzheimer 2008-2012 prévoit d'investir 386 millions pour la création et l'adaptation d'unités Alzheimer en France sur trois ans. Le défi des EHPAD est d'adapter l'offre de services, selon l'évolution des besoins des résidents accueillis, tout en optimisant les moyens alloués.

Actuellement un certain nombre d'établissements ne possède pas suffisamment de chambres individuelles pour répondre aux demandes. Les unités comprennent un nombre important de résidents. L'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se fait dans les mêmes espaces que celui des personnes non désorientées. Il n'existe pas de secteur spécifique et les prises en charge non thérapeutiques sont minimales. Les difficultés rencontrées montrent les limites actuelles en termes de personnels et de locaux pour la prise en charge de l'ensemble des personnes. L'adaptation des réponses s'impose.

¹ - FONTAINE D., mars 2009, Fondation Médéric Alzheimer. *L'hébergement en unité spécifique Alzheimer en 2008* (seconde partie). La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.

² - MENARD, J. (Novembre 2007). *Propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Pour le malade et ses proches, chercher, soigner et prendre soin.*

³ L'étude Paquid (Personnes âgées QUID) est une étude épidémiologique menée par l'Inserm en Gironde et en Dordogne, dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle pour lesquels une action préventive serait possible. Pour cela, une cohorte de 4 134 personnes âgées de plus de 65 ans a été mise en place et sera suivie jusqu'en 2003 au moins.

Ces réflexions de nombreux établissements concernent également le site de l'EHPAD Richard. Cet établissement, situé dans les Yvelines et sur le territoire de santé 78-2, est confronté à la réalité des demandes d'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Il comprend 197 places d'hébergement, 14 places d'accueil de jour et gère un centre local de coordination gérontologique de niveau 3 (CLIC "boucle de Seine") sur son site. Une augmentation des besoins est constatée selon les dossiers médicaux, et selon la coupe PATHOS⁴ et l'évolution du GMP : plus de 70% des résidents sont concernés. Une rénovation globale est en cours pour améliorer l'accompagnement des résidents confrontés à la dépendance et à la maladie d'Alzheimer.

La volonté de l'établissement est d'adapter la prise en charge de façon plus individualisée des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées par rapport à la prise en charge globale actuelle. L'entrée en institution est souvent un moment où le résident devient vulnérable avec un équilibre fragilisé entre lui et son environnement. La prise en compte des attentes de la population de personnes âgées n'est donc pas constituée que de soins médicaux et d'hygiène corporelle mais aussi de reconnaissance sociale et de santé morale. La dignité et l'identité de chacun doivent être une préoccupation constante au sein d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. Malgré la mise en œuvre d'une démarche de formation Alzheimer des personnels, des difficultés demeurent et s'expliquent par le manque de moyens humains et d'unités de vie adaptées avec activités spécifiques. L'EHPAD ne répond pas suffisamment aux exigences de confort et d'organisation des soins appropriées à ces personnes.

Le projet d'établissement 2008-2012 de la structure répond aux orientations du schéma gérontologique départemental qui considère l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer comme un enjeu majeur pour le territoire. La contractualisation de la convention tripartite de 2008-2012 a préconisé des moyens pour restructurer l'ensemble de l'EHPAD.

L'opération a pour objet la restructuration⁵ architecturale des locaux, des équipements et des circuits. Elle s'effectue en cinq phases qui nécessitent un changement des organisations après l'ouverture d'un nouveau bâtiment dans le courant du dernier trimestre 2009. Cette première phase correspond à l'extension des locaux par 52 chambres individuelles, deux salles de soins, deux salles à manger, deux salons et deux

⁴ Le modèle PATHOS est un système d'information sur les niveaux de soins requis et nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées qui a été élaboré en partenariat avec le service médical de la C.N.A.M..

⁵ La restructuration est une opération par laquelle un ensemble organisé voit sa structure organisationnelle remaniée en vue d'atteindre une nouvelle configuration ou un réaménagement

salles de repos pour les familles et deux offices. La réorganisation est essentielle bien qu'il ne soit pas prévu d'augmentation d'activité actuellement. Après l'ouverture et mise aux normes du nouveau bâtiment, et à la suite de chacune des quatre autres phases de réaménagement par unité qui suivront, un déménagement de certains résidents sera effectué.

La première phase de la restructuration globale en cours intègre un pré projet d'unité spécifique Alzheimer avec parcours de déambulation. L'orientation vers une organisation de prise en charge complémentaire d'autres résidents accueillis et concernés par la maladie, implique une réflexion pour la mise en œuvre d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Nous avons convenu avec le directeur que mon travail de recherche pourrait parfaitement s'intégrer à la démarche en cours dans l'établissement et qu'il serait source de propositions concrètes. Il s'agit d'analyser les différentes réponses au maintien d'une prise en charge de qualité dès la fin de la première phase de travaux et des préconisations à la fin de la restructuration.

Ce thème présente un intérêt professionnel pour le directeur d'établissement sanitaire, social ou médico-social destiné à exercer en hôpital local ou en EHPAD. Il devra faire évoluer l'aménagement de son établissement pour répondre aux besoins émergents de la population hébergée : la dépendance et la maladie d'Alzheimer. Une restructuration est un évènement initiant le changement et légitimant l'action du directeur qui impulse des projets d'amélioration continue de la qualité de prise en charge. Les points de vigilance pour la réussite du projet s'inscrivent dans la constitution et la formation des équipes, l'évaluation de la prise en charge et la mise en œuvre des moyens financiers. La restructuration architecturale ne suffit pas à optimiser la qualité de vie. Le directeur doit se donner les moyens de recueillir les attentes des résidents et des familles. La perception de l'offre de services complète l'aménagement. Cette étude mettra en évidence la nécessité d'appliquer par le directeur, un management participatif au projet de restructuration organisationnelle. Le principal fil conducteur en terme de qualité sera de démontrer qu'une restructuration globale ne peut être réalisée sans un réaménagement des locaux associé à un changement des organisations et appuyé par une dynamique managériale. Des enseignements de la première étape de la restructuration seront une clé pour mener à bien la suite du processus de changement.

La question de départ devient d'autant plus importante : **En quoi la restructuration globale de l'EHPAD RICHARD constitue-t-elle une opportunité d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées?**

Pour répondre à cette problématique, plusieurs sous-questions ont été posées :

- Qu'en est-il de l'organisation actuelle? Quelles sont les limites du fonctionnement de l'établissement en termes de prises en charge et d'architecture? Quels sont les besoins des résidents et des familles?
- Quelles sont les attentes des acteurs et des personnels en termes d'organisation, de pratiques professionnelles et de management? Quel accompagnement doit-on apporter au personnel pour réduire les résistances et les préparer au changement?
- Quelles devront être les modalités concrètes à mettre en place par le directeur au cours de la restructuration? Quels seront les points de vigilance à identifier pour améliorer les nouvelles unités d'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées?

Pour répondre à ces questions, ma démarche de travail a évolué car le planning prévisionnel des travaux n'a pas pu être respecté dans les temps favorisant d'une part, l'observation de l'engagement du pré-projet et des travaux réalisés et d'autre part, l'étude de préconisations pour la restructuration. Elle peut être présentée selon trois axes : le positionnement de futur directeur, la méthodologie de l'enquête de recueil des besoins et la comparaison par un retour d'expérience avec deux autres établissements.

- Mon positionnement de directeur sur le terrain s'est caractérisé par l'observation et par la participation à des réunions de cadres paramédicaux et des réunions institutionnelles puis lors du suivi des fiches projets de la convention tripartite. La dynamique de fédération des équipes autour du management de projet, a été concrétisée par des réunions de changement des organisations de travail, de chantier, des réunions pluri professionnelles et des transmissions. La conduite de cette étude prend appui sur l'analyse de l'existant et de l'état des lieux préliminaire des besoins effectués en 2005 puis l'analyse d'un extrait de l'enquête de satisfaction auprès des résidents en 2008.

- La méthode de recueil des données est qualitative et repose sur des entretiens individuels semi-directifs avec construction d'un guide d'entretiens⁶ approprié. Ces entretiens semi directifs contiennent de grand items tels que l'organisation du travail, les types de prises en charge, celles spécifiques pour les personnes Alzheimer, l'analyse, la restructuration et la dynamique de projet, la communication interne, et les propositions. Chaque thème d'entretien a été choisi en lien avec l'interlocuteur (cadres de santé, médecin, personnel paramédical, directeur, représentant des familles et résident) et la problématique concernée. L'analyse de ce corpus permet d'affiner mes préconisations.

⁶ ANNEXE 1, grille d'entretiens

Les entretiens ont tenu compte des avis de tous les professionnels selon une observation de terrain des facteurs de motivation pour percevoir les freins au changement.

- Une comparaison en termes de démarche de restructuration de deux autres établissements a été faite : l'un a bénéficié d'un aménagement spécifique pour son unité Alzheimer et l'autre d'une récente reconstruction en six maisonnettes de 15 résidents.

Le travail de recherche théorique et l'observation du fonctionnement institutionnel de l'établissement m'ont permis de formaliser des sous questions pour comprendre plus largement les raisons des difficultés rencontrées et d'analyser plus finement les apports d'une restructuration globale dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. De cette analyse, il découle le plan suivant :

La première partie du mémoire s'attachera à étudier les enjeux de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées accueillies en institution. La qualité de vie est indissociable de la mise en adéquation des besoins de prises en charge multiples et de l'architecture de l'établissement pour ce public (I).

Puis j'étudierai et j'analyserai la situation sur mon lieu de stage, notamment à l'EHPAD Richard (II) afin d'en dégager des axes prioritaires d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées en impulsant un projet d'unités dédiées (III).

1 L'augmentation du nombre de personnes accueillies atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : un nouveau défi de l'EHPAD

L'augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées se dévoile à travers des données récentes relatives à la démographie et l'analyse des conséquences de la pathologie induit un processus de changement par une prise en charge globale basée sur des propositions nationales et locales.

1.1 Une situation évolutive

Le phénomène de vieillissement massif de la population française est connu mais son ampleur pourrait encore nous surprendre et la croissance prévisible des pathologies de type Alzheimer sera plus sensible pour les groupes les plus âgés dont les personnes diagnostiquées en institution.

1.1.1 Le vieillissement démographique

Rappelons en préambule qu'au 1^{er} janvier 2009, 64,30 millions de personnes résident en France : 21.6% de personnes âgées de 60 ans ou plus contre 20.2% dix ans auparavant⁷. En dix ans, le nombre de personnes de 75 ans ou plus a augmenté d'un tiers, presque cinq fois plus vite que la population totale (+ 7 %). Cette augmentation de la population âgée est liée à deux facteurs : la baisse de la fécondité et la baisse de la mortalité aux âges élevés. Dans son rapport annuel 2004⁸, l'IGAS note que le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait passer de 12 millions aujourd'hui à 21 millions en 2035 et 22.4 millions en 2050. Rappelons enfin que l'espérance de vie à la naissance continue à augmenter.

Les patients de 75 ans et plus dits « gériatriques » se caractérisent par la coexistence de plusieurs pathologies invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente de pathologies neuro dégénératives et somatiques. En effet, c'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies croissent.

Les données chiffrées préoccupantes sont issues de l'enquête « personnes âgées : Quid » (PAQUID). Cette étude, débutée en 1988 en Gironde et actualisée en 2006, indique le vieillissement de la population de plus de 65 ans et estime à 800 000 les

⁷ Bilan démographique 2008 – Insee première, janvier 2009

⁸ IGAS, rapport annuel 2004 : gestion des âges et politique de l'emploi, P17

personnes atteintes de ce trouble, en 2006. La prévalence, c'est-à-dire le nombre de cas, augmente avec l'âge passant de 18% à l'âge de 75 ans à 30% après 80 ans, avec un dédoublement tous les quatre ans. L'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas, croît aussi avec l'âge.

En France, en 2008, près de 860 000 personnes⁹ sont atteintes de la maladie d'Alzheimer et on dénombre 220 000 nouveaux cas par an dont les deux tiers concernent les plus de 80 ans. En 2020, il y aurait 1.2 millions de personnes atteintes par la maladie et 2.1 millions de personnes en 2040. Afin de répondre à ce défi majeur de santé publique, la prise en charge de cette maladie, portée au rang de priorité nationale, nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Le vieillissement de la population accroît les poly pathologies et oblige les structures sanitaires et médico-sociales à s'organiser pour répondre au mieux aux besoins des patients et de leurs familles. Il s'agit de relever le défi du vieillissement avec dignité.

Selon les projections annoncées précédemment sur la maladie d'Alzheimer, on peut constater qu'au moins 35% de cette population devrait être institutionnalisée. La déduction de la nécessité d'un engagement rapide d'augmentation du nombre de places pourra être confirmée par le contexte d'évolution des traitements de cette maladie.

1.1.2 Les pathologies de type Alzheimer et troubles apparentes

La maladie d'Alzheimer existait bien avant 1906. Les médecins du début du XIXe siècle savaient déjà que c'était une authentique maladie. En outre, Alois Alzheimer¹⁰ (par ses travaux entre 1906 et 1911) savait déjà à cette époque que les démences tardives n'étaient pas toutes d'origine vasculaire. Mais avec la découverte des plaques séniles : certaines démences tardives sont bien liées à des processus dégénératifs. Le rapport entre la démence sénile et le vieillissement est beaucoup plus complexe qu'on ne le pensait jusqu'à lors.

L'une des définitions de la maladie d'Alzheimer indique qu'elle altère les capacités de mémoire, entraîne une perte des repères dans le temps, l'espace, et provoque une diminution progressive de l'autonomie fonctionnelle, sociale et relationnelle des

⁹ Circulaire DHOS/02/01/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008 2012

¹⁰ ALZHEIMER est un médecin psychiatre neuropathologiste allemand (1864-1915). Il décrit pour la première fois les symptômes et l'analyse histologique du cerveau à partir du cerveau d'une patiente qu'il a suivie pendant 5 ans pour une démence. C'est le psychiatre renommé Emile Kraepelin, qui est à l'époque responsable de la chaire de psychiatrie de Munich, qui propose par la suite de désigner ce type de démence par le nom de son collègue.

personnes. Elle induit également une diminution de leurs capacités de communication verbale, d'adaptation et une hypersensibilité à l'environnement¹¹.

Pour sa part, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa classification internationale des maladies¹², décrit la maladie d'Alzheimer comme une « altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie quotidienne, apparue depuis au moins 6 mois, et avec la présence d'au moins un trouble suivant : langage, calcul, jugement ; altération de la pensée abstraite, praxies, gnosies ou modification de la personnalité ».

Pour le gériatre Joël Ankri¹³, cette maladie interroge toute notre société : c'est un marqueur social questionnant nos attitudes et comportements, la profondeur de nos solidarités, l'organisation et l'efficacité de notre système de santé et de protection sociale. L'accent mis sur son amplitude, et son expansion escomptée ne sont-ils pas aussi le reflet de nos propres angoisses face à ce monde qui change, et qui oublie lui aussi peut-être d'où il vient et s'interroge. Pour le philosophe Fabrice Gzil¹⁴, la question du respect de l'autonomie montre que les interrogations concrètes des professionnels et des familles conduisent à examiner de difficiles questions juridiques et philosophiques et que, même si la philosophie et le droit n'ont pas de réponses toutes faites à apporter, les échanges entre les chercheurs et les acteurs sont absolument nécessaires pour faire progresser encore la réflexion et les pratiques. Pour Louis Ploton¹⁵, professeur de gérontologie à l'Université Lyon2, la maladie d'Alzheimer est probablement l'une des pathologies de la cognition qui est la plus sensible à l'empathie. Cela conduit à modéliser l'articulation des phénomènes neurologique et psychologique, au plan cognitif, subjectif ou émotionnel. Pour le philosophe Michel-Pierre Geoffroy¹⁶, le soin aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peut se résumer par la formule : «pour et avec la personne malade». «Pour» renvoie à la bienfaisance vis-à-vis des malades, «avec» à leur autonomie, «et» à la nécessaire union des deux termes sous forme d'un accompagnement, «la personne» à une singularité plus vaste que celle du «sujet», et «malade» évoque une vulnérabilité créatrice chez le soignant d'une responsabilité qui est la condition de sa propre humanité.

Nonobstant, le nombre de places et l'évolution de la maladie, il est essentiel d'analyser les types actuels de prises en charge en établissement.

¹¹ Recommandation de bonnes pratiques. P 9. disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip03fc.html?page=article&id_article=220,

¹² 10^{ème} édition

¹³ JOEL ANKRI, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, La revue Gérontologie et société.

¹⁴ GZIL P. Alzheimer : questions éthiques et juridiques. Gérontologie et société. Juin 2009.

¹⁵ PLOTON L. A propos de la maladie d'Alzheimer. Gérontologie et société. Juin 2009.

¹⁶ Geoffroy MP. Pour et avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Gérontologie et société. Juin 2009.

1.1.3 Du diagnostic aux interventions à visée thérapeutique

La prise en charge de la maladie est complexe, et dépend du stade de la maladie. Les diagnostics peuvent être établis dès la perception d'un trouble et vont s'échelonner tout au long de la maladie au domicile et surtout après l'entrée en institution.

A) Un diagnostic nécessaire mais rendu parfois difficile

Si les progrès des connaissances de la maladie permettent maintenant de fournir une hypothèse diagnostic bien avant le stade démentiel, la certitude diagnostique n'est pas encore possible ni l'évolution¹⁷. L'annonce du diagnostic est difficile et mérite une réflexion éthique.

Le diagnostic se fait tardivement et la solution serait de proposer des formations aux médecins généralistes afin de repérer et d'orienter plutôt les patients atteints¹⁸.

Au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer apparaissent des symptômes psychologiques et comportementaux ou troubles du comportement. Il peut s'agir d'apathie ou d'agressivité, de comportements d'errance ou d'agitation. Ces troubles sont très importants dans la maladie d'Alzheimer par leur retentissement sur les personnes et leur entourage. Ils constituent également la principale difficulté rencontrée par les professionnels en EHPAD à laquelle le directeur doit faire face.

Le nombre de patients diagnostiqués est estimé à un sur deux en institution. Le plus souvent, le diagnostic n'est évoqué que devant l'apparition d'une complication de la maladie. Cet état de fait entraîne une adéquation entre le besoin de la personne et les soins prodigués.

De plus, le diagnostic reste difficile tant la symptomatologie est cachée, voilée, confondue avec d'autres maladies ou avec des signes de vieillesse.

Ainsi, parmi les résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, 80% présentent un trouble du comportement à un moment donné de l'évolution de la maladie. Parmi ces 80 %, 25% d'entre eux présentent des troubles du comportement modérés (mesurés par une échelle internationale validée), 10 % des troubles importants (agressivité,...). Ces troubles doivent être mieux mesurés, et le diagnostic de la maladie doit être clairement posé chez les résidents d'EHPAD qui en seraient atteints.

Mais doit-on ou non imposer le diagnostic à des personnes et à leurs familles, d'une maladie qui ne se guérit pas ? Pour un grand nombre de personnels médicaux, cette

¹⁷ Poncet Michel, Pr, neuropsychiatre, l'éthique au centre de la prise en charge, adsp, n°65, Déc. 2008, P43

¹⁸ Plan Alzheimer 2008 2012 disponible sur internet www.plan-alzheimer.gouv.fr/

annonce est nécessaire. Elle permet la mise en place d'un traitement adapté ainsi que le plan d'aide personnalisé et assure le respect des droits du patient¹⁹.

Le directeur se doit de faire effectuer, avant l'entrée dans l'établissement, une évaluation multidimensionnelle, comprenant une analyse complète et approfondie des besoins et potentialités (état de santé physique, capacités cognitives et sensorielles, autonomie...) et des attentes de la personne, voire des aidants. Cette évaluation²⁰ comprend une évaluation gériatrique réalisée dans l'établissement (médecin coordonnateur) ou en externe (consultation mémoire, hôpital de jour...). Cette évaluation multidimensionnelle s'inscrit d'une part dans le cadre d'une démarche diagnostique, et d'autre part en vue de programmer la prise en charge de la personne et les capacités de la structure à y répondre.

Toutefois, l'ensemble de cette procédure qui tend à évaluer l'adéquation entre les attentes et les besoins de la personne et de ses proches, et le projet d'établissement, peut leur apparaître trop complexe. Le directeur propose la mise à disposition de moyens pour réaliser ces étapes avec la souplesse nécessaire et de façon échelonnée.

B) Les limites du traitement médicamenteux

Quels que soient l'âge et le stade de la maladie auxquels le diagnostic est porté (hormis le stade très sévère : < 2 de Mini Mental State Examination (MMSE)), un traitement spécifique²¹ doit être envisagé chez un patient atteint de maladie d'Alzheimer lorsque le diagnostic a été annoncé, en prenant en compte son rapport bénéfice/risque. Selon l'AMM²², ce traitement ne peut être instauré que par les neurologues, gériatres et psychiatres.

On peut proposer : au stade léger (MMSE > 20) : un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) ; au stade modéré (10 < MMSE < 20) : un inhibiteur de la cholinestérase ou un antiglutamate (mémantine) ; au stade sévère (MMSE < 10) : un antiglutamate.

Une bithérapie (inhibiteur de cholinestérase et mémantine) a été comparée à une monothérapie par inhibiteur de cholinestérase dans deux essais aux résultats contradictoires. En l'état actuel des données, il n'y a pas d'arguments pour recommander

¹⁹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

²⁰ L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, P 16, http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip03fc.html?page=article&id_article=220, consulté le 9 juillet 2009

²¹ Prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou apparentée : interventions médicamenteuses et non médicamenteuses, HAS, mars 2008, <http://www.has.sante.gouv.fr/>, consulté le 9 juillet 2009

²² AMM : autorisation de mise sur le marché délivrée par l'AFSSAPS

une bithérapie. Lors de l'instauration du traitement, il convient de discuter avec le patient et l'accompagnant ou le professionnel de l'attente raisonnable des effets du traitement et des éventuels effets indésirables.

Cette connaissance de tous des limites des traitements existants permet au directeur d'impliquer les personnels dans la dynamique de diversité thérapeutique destinée à ce public.

C) Les différents types d'intervention

Elles sont à visée thérapeutique (développés à partir des recommandations Anesm et HAS²³) et peuvent être complémentaires. En effet, un trouble du comportement doit toujours conduire à évaluer l'environnement et éventuellement à le modifier. Ainsi, associé à des médicaments de confort, une prise en charge adaptée du résident demeure actuellement la meilleure réponse possible.

Un trouble du comportement doit toujours conduire à évaluer l'environnement et éventuellement à le modifier.

Sous réserve qu'une cause intercurrente ait été recherchée et traitée, en cas d'agitation ou de cris, des interventions non médicamenteuses appropriées doivent systématiquement être proposées dans un premier temps pour éviter le recours aux antipsychotiques ou autres sédatifs.

a) *Les interventions à visée thérapeutique*

Ces interventions concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles, des fonctions cognitives et sensorielles et au maintien du lien affectif et social.

Plusieurs types d'interventions²⁴ non pharmacologiques sont envisageables : interventions portant sur l'amélioration de la qualité de vie (rééducation de l'orientation, stimulation multi-sensorielle), sur la cognition (rééducation cognitive, revalidation cognitive, stimulation cognitive, ateliers mémoire), sur l'autonomie fonctionnelle de la personne (stimulation par l'activité physique, atelier d'ergothérapie ...), et sur les fonctions de communication telle qu'une prise en charge orthophonique.

²³ Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mars 2008, Annexe 9. Troubles du comportement: conduite à tenir (Les bonnes pratiques de soins en EHPAD - DGS, SFGG, Octobre 2007)

²⁴ L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, - ANESM- P 23, http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip03fc.html?page=article&id_article=220, consulté le 9 juillet 2009

Elles sont un élément important de la prise en charge thérapeutique ; cependant, aucune de ces interventions n'a apporté la preuve de son efficacité sur l'évolution de la maladie²⁵. Il est à cet égard recommandé de privilégier les activités ayant un sens pour les personnes, en lien avec leur histoire (utilisation des livrets d'histoire de vie). En l'absence de communication verbale, l'équipe s'attache à repérer des signes non verbaux de plaisir, de bien-être ou de refus.

Les objectifs et le bénéfice de ces interventions sont régulièrement réévalués et tracés dans le cadre du suivi et de l'actualisation du projet de vie personnalisé.

b) Les interventions sur les comportements

Les troubles psychologiques et comportementaux sont fréquents. Une forte proportion est d'origine somatique, environnementale ou le résultat de la confrontation entre certains facteurs environnementaux et des éléments d'histoire de la vie de la personne. Ces troubles sont donc potentiellement accessibles à des mesures de prévention. Si une certaine proportion de ces troubles est liée à la pathologie elle-même, ils doivent néanmoins faire l'objet de mesures thérapeutiques.

Les interventions non médicamenteuses peuvent permettre de surseoir à un traitement médicamenteux et être proposées aux différents stades de la maladie d'Alzheimer. Selon les recommandations HAS²⁶ de soins en EHPAD, ces interventions nécessitent la présence de personnel suffisant et formé en institution.

Pour prendre appui sur des faits concrets, j'ai utilisé les témoignages des représentants des résidents au cours des différents conseils de la vie sociale²⁷ auxquels j'ai participé²⁸. En réunion, le directeur aborde spécifiquement l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en sollicitant l'expression ou la participation des représentants des personnes et de leurs proches.

Ce défi de l'EHPAD est accentué par les débats qui existent sur les limites à l'intégration et ségrégation des personnes désorientées vis à vis des autres résidents. En effet, quels sont les conditions de sécurité à réunir pour parvenir à accompagner spécifiquement des personnes sans les exclure.

²⁵ Source : HAS, mars 2008

²⁶ HAS-disponible sur internet - http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/maladie_dalzheimer_synthese_-_interventions_medicamenteuses_et_non_medicamenteuses.pdf

²⁷ Conseil de la vie sociale : instance composée de représentants des résidents et de résidents issu du décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

²⁸ ANNEXE I : Guide d'entretiens

Enfin, si l'application d'une prise en charge globale par différents types d'intervention est importante, elle génère aussi la consommation de moyens en personnel pour les structures sanitaires et médico-sociales à laquelle il faudra répondre. Plusieurs orientations sont préconisées depuis quelques années suite à différents rapports qui appuient ma démonstration d'un réel besoin d'adapter les locaux, véritable outil pour améliorer la qualité des pratiques en institution.

1.2 Les orientations nationales : conjugaison d'enjeux autour de la personne âgée.

Des enjeux d'ordre économique, sociaux et humains apparaissent et les pouvoirs publics annoncent des préconisations qu'il reste à concrétiser.

1.2.1 La prise de conscience des enjeux sociaux

Comme l'a dit Simone de Beauvoir²⁹ « On est tous impliqué par la vieillesse, on se reconnaît. ». C'est certainement pour cela qu'elle fait si peur. L'idéologie du corps jeune et sain de notre société actuelle renforce la connotation négative liée à la vieillesse et contribue même à son exclusion.

La prise de conscience des pouvoirs publics en 2003 lors de la canicule, qui a fait tant de victimes parmi nos aînés, a été un déclencheur du signal d'alarme. Il est temps de se préoccuper des personnes âgées, d'autant plus, qu'à l'horizon 2030 cette population va doubler. L'allongement de la vie et l'évolution exponentielle de la maladie d'Alzheimer rendent les personnes de plus en plus dépendantes et vulnérables. La maladie d'Alzheimer en 2007 a été déclarée cause nationale avec les moyens associés nécessaires. Emmanuel Hirsh³⁰, dans son préambule à la nouvelle charte éthique Alzheimer a dit : « Les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer... doivent bénéficier des mêmes droits que tout citoyen dans l'accès à des soins compétents et de qualité, la compensation de leurs handicaps, le respect de leur dignité de personne humaine, l'écoute de leurs attentes. ». La vieillesse et les dépendances qui y sont liées sont donc un enjeu majeur de notre société.

Le « Plan solidarité grand âge »³¹ a annoncé que des moyens supplémentaires seraient attribués aux établissements avec la signature des conventions tripartites ; ce qui représente un recrutement moyen de 7 à 8 personnes par établissement. Il souligne pour autant que les effectifs en personnel soignant « *restent un problème aigu dans beaucoup*

²⁹ DE BEAUVOIR S., (1908-1986) a écrit un essai lourdement critiqué sur la vieillesse en 1970

³⁰ HIRSH E., directeur de l'espace éthique/ap-hp et du département de recherche en éthique, université paris sud 11 « Charte Alzheimer Éthique & Société 2007 »

³¹ Plan solidarité grand âge, présenté par Phillippe BAS Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, le 27 juin 2006.

de maisons de retraite aujourd'hui». Il précise que lors des renouvellements des conventions tripartites, les besoins en soins seront pris en compte et que cela permettra une augmentation significative du nombre de soignants auprès des personnes âgées et de passer d'un ratio moyen de 0,57 pour un résident, tous personnels confondus à un ratio de 0,65 pour un résident. Il préconise un ratio identique à celui des établissements accueillant des personnes handicapées (population comparable), c'est-à-dire un ratio de un professionnel/résident dans les maisons de retraite qui accueillent les résidents les plus dépendants. En synthèse le ratio d'encadrement existant pour la prise en charge de la personne âgée reste à renforcer et d'autant plus en cas de maladie d'Alzheimer.

Les politiques actuelles et recommandations s'orientent vers des mesures phares relatives au diagnostic, aux soins et à l'accompagnement des malades Alzheimer. Suite au rapport Ménard présenté au gouvernement en 2007, un nouveau plan Alzheimer 2008 2012 est mis en place dont les mesures 1 et 16, évoquées ci-dessous, concernent le développement des accueils temporaires et la création d'unités dites « pôles d'activités et de soins adaptés » (PASA) et d'unités d'hébergement renforcées (UHR).

1.2.2 Les principaux axes des mesures 1 et 16 du plan Alzheimer 2008 2012

Il s'agit de mettre en œuvre l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants, de connaître pour agir, et de se mobiliser pour un enjeu de société selon des actions réparties en 44 mesures.

Pour faire face à l'insuffisante capacité d'adaptation des établissements (EHPAD) à des prises en charge différenciées et évolutives en fonction de la gravité de l'état des malades, il apparaît nécessaire d'adapter les modalités d'organisation des EHPAD aux besoins spécifiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, seul moyen d'éviter les hospitalisations répétées.

D'ores et déjà, de nombreux EHPAD ont créé des unités dédiées. La mesure 16 du plan renforce la création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux.

L'objectif est de disposer de 30 000 places en EHPAD dotées d'un projet spécifique, adapté aux troubles du comportement dont 12 000 places à créer, 18 000 places à renforcer. (financement de 12 000 places nouvelles : 180 M€ sur la durée du plan, puis autre financement pour l'adaptation des 18 000 places existantes : 378 M€ sur la durée du plan et Travaux d'aménagement des unités : 180 M€ de crédits d'investissement de la CNSA sur 2008).

Ainsi cette mesure prévoit de créer, pour les patients souffrant de troubles du comportement et en fonction du niveau de ces troubles, deux niveaux d'unités spécifiques :

➤ Des unités de soins et d'activités adaptées seront créées, proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation. Elles sont animées par des professionnels spécifiquement formés ce qui suppose d'élargir les compétences professionnelles mises à disposition de la personne atteinte de la maladie.

Comme il est évoqué dans le plan, la création de ces unités spécifiques suppose un renforcement en termes de personnel, que permet la médicalisation des établissements. La tarification de ces unités doit également être réévaluée, afin d'intégrer ces professionnels, notamment assistants en gérontologie³², psychomotriciens, ergothérapeutes, dans les équipes des établissements. La présence d'une telle unité de vie, au sein des EHPAD, dont les personnels occupent, pendant la journée, les personnes présentant des troubles de comportement permet aux autres résidents de bénéficier d'activités sociales plus classiques. Ceci facilite la proposition à tous de temps séparés et de temps de vie communs, sans devoir changer de lieux les résidents présentant, à un moment de l'histoire de leur maladie, ces troubles de comportement.

Les activités proposées peuvent conduire à une réduction de 20% de ces troubles ainsi qu'à une moindre utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention. Elles consistent à des occupations structurées (activités physiques, activités sensorielles, aspects nutritionnels), et à des prises en charge spécifiques des troubles du comportement. De même, la rééducation de l'orientation, les groupes de validation cognitive, les démarches comportementales et d'une façon plus générale le traitement psychosocial, peuvent améliorer la qualité de vie et réduire l'apparition de troubles du comportement, même si ces interventions doivent être mieux évaluées.

➤ Pour les patients ayant des troubles très importants du comportement, les structures renforcées seront développées, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour une douzaine de personnes, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activité et répondant à tous les critères d'une unité de soins et d'activités adaptée.

Ces unités spécialisées doivent également être adaptées dans leur aménagement voire leur architecture à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce Plan prévoit donc de lancer un important programme d'investissement, subventionné grâce aux crédits de modernisation de la CNSA, afin d'éviter que les aménagements

³² Le plan Alzheimer prévoit la création d'une nouvelle fonction d'assistant de soins en gérontologie pour mieux prendre en charge les patients souffrant de maladie d'Alzheimer, avec pour objectif d'en former 500 d'ici 2012

entrepris pour les unités spécifiques Alzheimer ne pèsent trop lourdement sur le prix de l'hébergement payé par les résidents et leurs familles. Ce Plan de modernisation permettra dans un premier temps, dès 2008, l'adaptation ou la construction de 15 000 places.

Enfin, les psychiatres seront associés au fonctionnement de ces unités, soit en articulation avec l'équipe de secteur psychiatrique soit dans un partenariat avec des psychiatres libéraux. En effet, la prise en charge, au quotidien de la maladie requiert régulièrement l'appui des psychiatres : les personnels des EHPAD reconnaissent se trouver parfois très démunis face à certaines facettes de la maladie.

1.2.3 Les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médicosociaux (Anesm) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour des prises en charge globales et individualisées en établissement

L'Anesm met en ligne une recommandation de bonnes pratiques professionnelles³³ relative à *"L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social"*. Cette recommandation³⁴ s'inscrit dans le cadre des mesures 1 et 16 du plan Alzheimer 2008-2012 concernant le développement des accueils temporaires et la création d'unités dites « pôles d'activités et de soins adaptés » (PASA) et d'unités d'hébergement renforcées (UHR)³⁵. Elle cible les établissements médico-sociaux autorisés dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, accueillant des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée : EHPAD, accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire, unité spécifique Alzheimer ou apparentée en EHPAD, PASA, UHR.

La maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée entraîne une perte progressive des capacités cognitives et/ou fonctionnelles de la personne atteinte, la rendant vulnérable. La difficulté de reconnaître ses besoins et attentes devient centrale. Les professionnels et les proches sont confrontés à la nécessité d'adapter leurs compétences et leurs ressources.

³³ Liée à l'une des précédente recommandation publiée par l'Anesm: « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »³³. 2^{ème} partie : repères pour la mise en œuvre, l'usager co-auteur de son parcours. P 22 à 27

³⁴ Le groupe de travail s'est appuyé sur l'analyse documentaire menée par le Gérontopôle de Toulouse sous la direction du Pr. Bruno VELLAS (pôle gériatrie CHU Toulouse Hôpital La Grave-Casselardit)

³⁵ ANNEXE II : synthèse du cahier des charges de la DGAS relatif aux PASA et UHR

Respecter la dignité de chaque personne atteinte, respecter sa place de sujet (par opposition au terme « objet de soins »), ses choix, constituent des enjeux de première importance jusqu'en fin de vie alors même qu'il s'agit aussi de lui permettre d'accéder à des soins de qualité. La recommandation de l'Anesm s'articule avec les travaux menés par l'HAS³⁶. Les différents thèmes abordés dans ces recommandations sont : le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées les plus fréquentes (démence vasculaire, démence à corps de Lewy, démence associée à la maladie de Parkinson, dégénérescences lobaires et fronto-temporales, maladie de Creutzfeldt-Jakob). Cette recommandation porte sur l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée, quels que soient l'âge et le degré de sévérité de la maladie.

L'objectif est de permettre une vie de qualité pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées, en termes de bien-être et d'état de santé, jusqu'en fin de vie. Dans cette perspective, l'accompagnement en établissement médico-social a pour but :

- de préserver, maintenir et/ou restaurer l'autonomie de la personne, dans les choix et actes de la vie quotidienne comme dans les décisions importantes à prendre ;
- de mettre en place des mesures préventives et thérapeutiques des troubles psychologiques et comportementaux ;
- d'assurer à chaque personne un accès à des soins de qualité, sans discrimination liée à l'âge ou aux troubles cognitifs ;
- de soutenir les proches en fonction de leurs attentes, les aider à maintenir du lien avec le malade et de leur proposer une participation active au projet personnalisé.

Ces objectifs se concrétisent à la fois dans le projet personnalisé co-construit avec chaque personne accueillie et dans le projet d'établissement. Une autre recommandation HAS³⁷ s'articule avec les travaux menés notamment, les recommandations de pratiques cliniques. L'ensemble de ces recommandations permettent d'exprimer les orientations mais le coût reste à évaluer.

Outre les mesures concourant à la prise en charge en soins, il est recommandé que les questions relatives à la protection des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou

³⁶ « Recommandations de pratiques cliniques sur les modalités de sédation des troubles psychologiques et comportementaux dans les situations difficiles et sur la prise en charge des troubles psychologiques et comportementaux », (HAS - Mars 2008)

³⁷ Source : « définition et repères pour la mise en œuvre et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées » : suivi (HAS - Mars 2008) : Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des ...

apparentée, soient abordées de façon anticipée : protection juridique³⁸ des majeurs, désignation d'une personne de confiance, au sens commun du terme ou dans le cadre du dispositif de mandat de protection future.

Pour un accompagnement de la personne tout au long du séjour, l'institution devra apporter une réponse à chaque stade de l'évolution de la pathologie selon les besoins identifiés sur le territoire concerné.

1.3 Le schéma gérontologique du département des Yvelines

En ce qui concerne l'Île de France, où se situent le département des Yvelines et l'EHPAD Richard à Conflans Sainte Honorine, la situation est contrastée mais le recensement de 1999 a confirmé le vieillissement de la population avec 16.6% de personnes de plus de 60 ans. Le département des Yvelines compte 1 421 389 habitants (chiffres 2008)³⁹ dont une population de plus de 75 ans de 77 988 personnes. Ces dernières sont concernées par un nombre élevé de pathologies dont la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Le schéma de 3^{ème} génération d'organisation sociale et médico-sociale du département des Yvelines, volet personnes âgées, en cours de réalisation, est piloté par le Conseil Général en présence de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Intégrant le groupe de travail au printemps 2009, intitulé : « comment développer une offre adaptée en faveur des personnes atteintes d'Alzheimer ou de pathologies associées? » avec mon maître de stage, j'ai pu analyser les orientations pour affiner ma démonstration. L'étude du Conseil Général des Yvelines sur la création d'unités témoigne d'un besoin non couvert. Il est nécessaire de continuer le développement d'unités spécifiques Alzheimer en favorisant la création de places sur le secteur public voire associatif afin d'augmenter le nombre de places pouvant bénéficier d'une prise en charge à l'aide sociale. Le nombre de places habilité à l'aide sociale ne représente que 41% des places installées en EHPAD

Les pistes d'actions en l'état du schéma en mai 2009, préconisent de réaliser un cahier des charges à l'échelle départementale en reprenant à minima les cahiers des charges nationaux relatifs aux normes de prises en charge des malades Alzheimer. Pour améliorer le taux d'encadrement des professionnels, le lien avec les centres de formation permettra de revoir le cahier des charges des attributions pour une adéquation de diplômes au niveau départemental et s'assurer que certaines bases professionnelles soient maîtrisées. L'apport d'un soutien aux personnels, confrontés à « l'usure » des professionnels et aux souffrances psychologiques, est prévu. La présence de psychologues peut être bénéfique, mais n'est pas suffisante.

³⁸ Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs

³⁹ Source : DRASSIF- service PA – projet état des lieux qualitatif Alzheimer - 78

En termes de mixité ou de séparation des patients Alzheimer au sein des EHPAD, le groupe de travail s'oriente sa proposition vers une cohabitation car elle évite une concentration des patients Alzheimer et peut stimuler les résidents. Elle a également l'intérêt de moins épuiser le personnel que dans des établissements spécifiques isolés. Mais des solutions pratiques doivent être réfléchies empêchant l'intrusion de personnes désorientées dans les chambres d'autres résidents afin de préserver l'espace privatif de chacun.

Enfin une réflexion entre le respect de la sécurité et la liberté d'aller et venir des résidents dans les zones de déambulation est en faveur de la mise en place d'au moins une unité dédiée fermée. Il est nécessaire de développer pour les équipes et pour chaque professionnel, en formation initiale et aussi en formation continue, les compétences nécessaires pour évaluer les risques à prévenir, sur la base d'éléments objectifs. Ils doivent acquérir la capacité à faire face aux situations qui concernent la préservation de la liberté d'aller et venir : prise de décision collégiale, négociation avec la personne et son entourage, émergence du consentement et de choix éclairé, etc. .

Les unités Alzheimer des EHPAD devront respecter des espaces de 12 à 15 résidents et être situées en rez-de chaussée pour que les résidents puissent bénéficier d'un espace de plein air avec un minimum de contraintes de déplacements. L'architecture de la structure doit s'adapter au patient. L'idéal permettrait au résident d'occuper la même chambre tout le temps de son séjour, même si la situation se dégrade: « il faut s'organiser quand les patients vont bien pour le jour où ils iront mal ».

Un réel besoin quantitatif d'accueil en hébergement temporaire (HT) pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (Seulement 5 places en établissement public, les accueils temporaires étant surtout dans le secteur privé, avec des tarifs élevés) apparaît.

Il est préconisé d'améliorer la couverture du territoire en solutions d'accueil de jour et d'hébergement temporaire en s'inspirant du modèle de Houdan (5 places d'AJ et 5 places d'HT). Il existe un frein financier et réglementaire spécifique au secteur public qui devrait s'aplanir avec la loi HPST⁴⁰.

Après avoir abordé la maladie d'Alzheimer au travers des politiques sociales et décrit succinctement les différentes formes de prises en charge auxquelles la structure d'hébergement devra répondre, je vais présenter le diagnostic de l'EHPAD Richard sur lequel je me suis appuyée pour construire l'ensemble de la réflexion.

⁴⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>

2 L'inadaptation de l'EHPAD à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Cette analyse contribue à identifier les besoins importants d'adaptation des EHPAD pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie et à étudier plus particulièrement la situation de l'EHPAD Richard puis deux retours d'expériences.

2.1 L'EHPAD dans son contexte : une situation difficile

La situation des établissements apparaît difficile par l'absence d'unités dédiées indispensables à l'accueil du public le plus nombreux. Les enjeux évoluent et l'inadaptation architecturale s'accompagne d'un besoin d'amélioration des organisations tel que celui de l'EHPAD Richard.

2.1.1 Des besoins d'unités dédiées en France à la répartition dans le département des Yvelines

A) Situation nationale

En France, aucun texte législatif ne précise l'effectif théorique nécessaire pour assurer la prise en considération des personnes âgées en institution. Ceci crée une grande hétérogénéité sur le territoire français. Un arrêté de février 2009⁴¹, instaure le principe d'une convergence tarifaire, l'esprit de cet arrêté serait de créer une certaine équité de moyen entre les établissements jugée insuffisante à ce jour.

Rappelons que l'offre globale en places d'hébergement pour personnes âgées en France en 2008 (tous types d'établissements confondus, accueillant ou non à l'entrée les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer) est de 682 000 places.

D'autre part, les 34260 places "spécifiquement destinées" aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne sont pas, les seules places occupées par des personnes malades dans les établissements d'hébergement.

⁴¹ Arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L.314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicable aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code prévue (en ligne). Journal Officiel de la République Française n° 0061 du 13 mars 2009, page 4650, texte n° 27, disponible sur Internet : <http://legifrance.gouv.fr>

L'enquête 2008 de la fondation⁴² Médéric Alzheimer, relative au nombre de places en unités dédiées accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, recense 1533 établissements qui ont déclaré disposer d'une ou plusieurs unités spécifiques en France, ce qui est insuffisant et implique une amélioration de l'organisation. La concrétisation de plusieurs points du 3^{ème} plan Alzheimer est attendu et en particulier, les moyens de mise en œuvre des unités d'activités et de soins adaptés. La circulaire du 5 octobre 2007⁴³, apporte une contribution supplémentaire, en complétant le dispositif de prise en charge globale de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer.

En effet, en 2008, outre les 1 533 établissements disposant d'une unité spécifique et les 145 entièrement dédiés, 5 149 autres établissements déclarent accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. De plus, certains établissements n'accueillant pas à l'entrée les personnes malades, gardent celles-ci lorsque la maladie apparaît pendant leur séjour.

Les établissements avec unité spécifique sont moins souvent de statut public que les autres établissements accueillant à l'entrée les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le poids de ce secteur public a même eu tendance à baisser légèrement entre 2006 et 2008, alors que le secteur privé commercial augmentait. Parallèlement, les établissements avec unité spécifique sont moins habilités à accueillir les personnes bénéficiant de l'aide sociale : 68 % contre 71 %.

En termes d'accueil hors unité spécifique, 53 % des établissements avec unité spécifique accueillent également des personnes malades hors unité spécifique. Cet accueil supplémentaire de personnes malades hors unité spécifique est plus fréquent dans les établissements publics que dans les autres structures, notamment dans le secteur privé commercial. Il est également plus fréquent dans les établissements habilités à l'aide sociale (54 %) que dans ceux qui ne le sont pas (47 %).

En synthèse, l'établissement public devra adapter son fonctionnement aux besoins des résidents atteints de la maladie mais aussi à ceux qui évolueront vers cette maladie. Le directeur devra faire mettre en œuvre une organisation de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer qui relève et doit être sous la responsabilité des médecins de l'établissement et médecin coordonnateur pour les EHPAD. Ce dernier s'assurera d'une bonne collaboration avec le médecin traitant ou avec les autres médecins d'unités.

⁴² FONTAINE D., mars 2009, Fondation Médéric Alzheimer. *L'hébergement en unité spécifique Alzheimer en 2008* (seconde partie). La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.

⁴³ Circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

B) Besoins et offres de prises en charge en unités Alzheimer du département

Si l'on considère, comme le laissent entendre les études⁴⁴ que près de 18 % des personnes de plus de 75 ans sont atteints de démence à des degrés divers, on peut estimer que 12 168 personnes seraient touchées par ces pathologies dans le seul département des Yvelines.

L'analyse du GMP⁴⁵ des grilles AGGIR communiquées par tous les établissements dans le cadre de la campagne annuelle de commission départementale de coordination médicale (CDCM) 2005, met en évidence que sur les 8 517 places occupées:

- 3 260 résidents sont cotés B pour l'item évaluant la cohérence c'est-à-dire que ces résidents présentent des troubles de la cohérence non permanents.
- 3 248 résidents sont cotés C pour l'item évaluant la cohérence c'est-à-dire qu'ils sont totalement incohérents et ce à n'importe quel moment de la journée. Ce qui représente 6 508 résidents souffrant de troubles cognitifs, soit 78% des places occupées.

La très grande majorité de ces troubles cognitifs est très probablement liée à une pathologie démentielle. Ce qui correspond, à peu près, au pourcentage retrouvé lors des dernières estimations de l'étude PAQUID qui fait état de 80% de résidents atteints de démence en EHPAD.

Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer sont présents dans 19 EHPAD sur les 104 EHPAD (dont 14 publics), y compris rattachés à un hôpital, présents sur le territoire des Yvelines, soit 18 % des EHPAD mais qui en termes de places ne représentent que 6.58 % des places installées sur le département. Le GMP recueilli montre que cette population est particulièrement dépendante car le GMP moyen est de 822 pour les unités spécifiques alors qu'il est de 698 pour les 19 EHPAD considérés et qu'en moyenne il est de 638.28 pour l'ensemble des EHPAD des Yvelines pour l'année 2005.

Les EHPAD des Yvelines sont donc particulièrement touchés par le phénomène et devraient être en mesure d'offrir à leurs résidents une prise en charge adaptée.

Le problème est de ce fait significatif et nécessite que l'on s'interroge afin de comprendre comment s'organise la prise en charge de ces patients et quels sont les moyens dont disposent les établissements en termes de personnels et de bâti?

En résumé, une forte empreinte de l'établissement en partie traduite par la longue liste d'attente existante, est intégrée dans le département et à Conflans Sainte Honorine où trois autres établissements ne proposent pas les mêmes conditions.

⁴⁴ Dr REVIERS B., Enquête «Etat des lieux des unités Alzheimer», Conseil Général DASDY,78, 2007

⁴⁵ Gir Moyen Pondéré, calculé à partir de la « grille AGGIR », d'évaluation de la dépendance des personnes âgées sur la base d'un questionnaire sur le degré d'autonomie dans les actes de la vie courante

2.1.2 La présentation de l'établissement Richard

A) Un ancrage historique sur le territoire

Au cœur du territoire de santé 78-2, l'établissement s'inscrit dans la filière gériatrique de ce territoire de santé du département des Yvelines. La Maison de Retraite Richard est un Établissement Public autonome, ouvert le 1er Mai 1905, transformé en Maison de Retraite Publique Médicalisée en 1982. Enfin l'établissement a été reconnu Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes le 30 décembre 2002 et propose 197 lits d'hébergement et 14 places d'accueil de jour. L'établissement bénéficie d'un environnement particulièrement favorable étant situé dans un parc de plus de deux hectares.

- La maison de retraite Richard est située au sein de la commune de Conflans qui compte quatre maisons de retraite. Elle intervient sur le secteur en tant qu'établissement médicalisé à forte capacité comparativement aux autres maisons de retraite de la région avec une forte proportion d'admission avec aide sociale.

La zone d'attraction de la maison de retraite Richard comprend un taux d'équipement de 114 lits en EHPAD ou en maison de retraite pour 1000 habitants de 75 ans et plus. L'environnement est peu concurrentiel, plusieurs facteurs en sont la cause telle que la population des Yvelines qui est plus âgée en moyenne, soit 5.5% de la population de plus de 75 ans, que celle des départements voisins. Enfin, les établissements médicalisés publics sont moins présents que dans les autres départements d'île de France.

- Un portrait de la population de l'EHPAD indique un public très âgé, en quête de relations sociales. Les résidents de la maison de retraite Richard de Conflans Sainte Honorine, ancienne capitale européenne de la batellerie, et la population environnante sont plutôt des ouvriers, des agents de maîtrise et des marinières en retraite. Les revenus sont modestes pour les marinières, en revanche ceux des anciens employés d'une usine locale sont plus confortables. Il y a 70 personnes (soit plus d'un tiers des résidents) qui bénéficient de l'aide sociale. Au total, 119 résidents sont originaires du département des Yvelines et plus d'un tiers de la commune de Conflans Sainte Honorine. Le taux d'occupation est donc élevé 98,4%, les listes d'attente sont longues.

- Les services infirmiers et soins palliatifs à domicile sont bien implantés sur le secteur. La maison de retraite participe à la mise en place du réseau de santé (RACYNES). Cet EHPAD est intégré dans la filière gériatrique rattachée à l'hôpital de Poissy pour les hospitalisations éventuelles bien que la logique de la politique de l'EHPAD soit le réseau gérontologique. Des conventions sont signées avec l'hôpital gérontologique de Plaisir Grignon pour les soins en géronto-psychiatrie. Cette maison de retraite possède une

PUI⁴⁶. La mise en place d'un centre local d'information et de coordination (CLIC) de niveau 3, géré par l'équipe administrative de l'EHPAD, est inscrite dans l'organisation de l'établissement. Il s'intègre dans un budget annexe avec des personnels à temps partiel pouvant travailler dans l'EHPAD. Il couvre neuf communes et fonctionne depuis le 1^{er} janvier 2005. Chargé de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, il participe également à travers l'équipe médico-sociale à l'évaluation des plans d'aide dans le cadre de l'allocation personnalisée à l'autonomie⁴⁷ (APA). Son activité croît de façon sensible d'année en année mais ne contribue pas suffisamment au recrutement des résidents de l'EHPAD. Enfin un accueil de jour en lien avec le CLIC « boucle de Seine » prend en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivant au domicile. Il est implanté sur le site et le parc de l'EHPAD Richard permettant une continuité des prises en charge de certains résidents.

Un accueil de jour Alzheimer très fréquenté

➤ Cet accueil de jour Alzheimer n'est pas différencié de la structure car le personnel est intégré dans le budget principal et l'organisation actuelle ne le permet pas. La file active a évolué de 10 à 14 personnes en 2007, et de 13 à 21 personnes en 2008.

Activité	2007	2008
➤ Journées complètes	375	925
➤ Demi-journées	726	737
Total	1101	1662

La réorganisation des conditions d'accueil et de prise en charge intervenue courant 2007 et début 2008, et le partenariat avec la Coordination Gérontologique ont eu pour résultat, une augmentation du nombre de journées complètes et demi-journées. (Atelier mémoire, accueil différencié...). En fin d'année 2007, les admissions ont connu une évolution et cette hausse s'est poursuivie tout au long de 2008 et en 2009. L'autonomie financière sous forme de budget annexe de cet accueil de jour est envisagée. Le nouvel aménagement des locaux devient indispensable et sera intégré dans la restructuration globale de l'établissement. Un plan de financement spécifique a été déposé auprès des organismes de tutelles, du Conseil Général, Conseil Régional et de la CNSA. Il n'existe pas d'espaces permettant d'accueillir deux groupes différents et les locaux ne permettent pas d'accès aux lieux de déambulation sécurisés. En synthèse, l'identification d'ETP de psychologue, psychomotricien et d'orthophoniste, et l'aménagement restent à améliorer.

⁴⁶ Pharmacie à Usage Interne : autonome

⁴⁷ L'APA est issue de la Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

2.1.3 L'évolution du public accueilli

A) Un public très dépendant et vulnérable

Les résidents ont une moyenne d'âge de 85 ans. Il y a une forte majorité de femmes (81,4% environ). Le taux de renouvellement est de un tiers par an. La durée de séjour moyenne dans l'établissement est de quatre ans.

L'autonomie des personnes est calculée en fonction de la grille établie par des médecins et le ministère de la santé : grille AGGIR version 2008⁴⁸ (groupe iso ressource). Elle est basée sur de multiples critères. Chaque résident est évalué par un médecin à son entrée dans l'établissement et lors de la réévaluation annuelle.

L'analyse des résultats confirme une évolution régulière de la dépendance par les GIR 1 à 3 qui cumulent 71% en 2007, 73% en 2008 et 75% en 2009 de l'ensemble des résidents.

On peut noter une forte évolution des GIR 2 (38%) : ce sont des personnes de plus en plus dépendantes et souvent atteintes de la maladie d'Alzheimer qui sont admises à la maison de retraite.

Le nombre de journées facturées dans chaque GIR évoluant en fonction des entrées, des sorties et des hospitalisations qui se produisent en cours d'année. L'évaluation de la dépendance selon la grille AGGIR 2008 va évoluer avec la mise en place de nouveaux indicateurs plus précis.

Enfin, la législation et la réglementation des EHPAD obligent les directeurs à faire réaliser une coupe PATHOS⁴⁹ de leurs résidents soit pour le renouvellement de leur convention tripartite, soit si le GMP est supérieur à 800. Le résultat d'une première coupe PATHOS dans cet EHPAD en août 2007, soit un PMP⁵⁰ de 225, a signifié que les besoins du public atteint de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées évoluent vers un nombre de soins de rééducation de plus en plus important. Nonobstant le fait que l'outil PATHOS ait pu apporter des moyens supplémentaires en personnel (personnel de nuit et AS) et ait incité les médecins à remplir les dossiers de soins des résidents, ils restent insuffisants. Il est important que le nouveau mode de saisie des codes qui sera utilisé dans la nouvelle coupe PATHOS de fin 2009 ne diminue pas les moyens (la moyenne de 168 en EHPAD est passée à 158 en 2009). Cet outil reste encore perfectible au regard des publics accueillis. Comment identifier précisément les soins requis pour des patients avec poly pathologies ?

⁴⁸ ANNEXE III : extrait de la Grille AGGIR version 2008

⁴⁹ ANNEXE V : extrait du guide d'utilisation du modèle PATHOS délivré par la CRAM

⁵⁰ Pathos Moyen Pondéré ; indicateur global de charge en soins requis et technique pour une population

Il risque à terme d'y avoir un déséquilibre voire une désertion des personnes ayant des capacités cognitives. On peut considérer en ce début d'année 2009 que 70% des résidents sont atteints d'une démence de type Alzheimer ou apparenté à des stades plus ou moins avancés. L'âge moyen d'entrée étant de 85 ans depuis 3 ans, il est passé à un âge moyen de 87.5 ans en 2008.

Le public dépendant devient souvent vulnérable au cours de son entrée en institution. L'entrée en institution est un moment où la perte d'autonomie de la personne apparaît. Elle est plus vulnérable, avec un équilibre fragilisé entre elle et son environnement. Une diminution de la capacité de s'adapter et la dépendance apparaissent. Les attentes de la personne âgée sont plus diversifiées, en évolution permanente. Les établissements ont donc pour mission d'adapter leurs prestations aux besoins de ces résidents. En effet, le résident est unique et l'institution doit proposer une prise en charge de qualité individualisée de ses besoins physiologiques, psychologiques, de sécurité, de soins et de relations sociales. Le résident est une personne pour laquelle l'institution doit pouvoir traduire ses attentes en termes d'organisation et de qualité de prise en considération. Nonobstant le respect des droits des usagers⁵¹, il s'agit de concilier une prise en charge et un projet de vie individualisée avec les contraintes institutionnelles....

B) Un public atteint de la maladie d'Alzheimer émergent

➤ Le public représente une proportion importante de résidents Alzheimer et souffrant d'une démence au sens large.

Sur l'ensemble des 197 résidents de l'établissement, 134 résidents, tous types de démence confondus soit 68% de la population sont concernés début 2009. Dans les demandes d'admission en maison de retraite que l'on a pu recevoir depuis Janvier 2009 (environ 75 demandes), la proportion de résidents déments paraît au moins équivalente selon le recueil d'information auprès du médecin coordonnateur.

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé pour 59 résidents, et ce chiffre est certainement sous estime du fait de bilans diagnostic non faits au moment voulu. Cette situation est relativement classique car actuellement les bilans sont plus facilement prescrits, les chiffres seront certainement différents dans cinq ou dix ans. Enfin, 44 résidents présentent des troubles du comportement répétés soit 22% de la population accueillie dans son ensemble. La répartition de cette population par unité comprend :

⁵¹ Loi du 4 mars 2002 et Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante ; Fondation Nationale de Gérontologie 1999

Unité	MONET sur 39 résidents	RENOIR sur 41 résidents	VAN GOGH sur 37 résidents	UTRILLO sur 42 résidents	PISSARO sur 39 résidents
Toutes démences confondues	79%	68%	70%	69%	51%
Avec maladie Alzheimer	28%	37%	38%	21%	26%
Avec troubles du comportement	21%	29%	19%	26%	15%

L'unité RENOIR est de loin le service le plus sensible aux problématiques des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer avec possibilité de troubles du comportement. Ce public émergent cumule souvent des difficultés médicales, avec une augmentation des poly pathologies psychologiques et sociales. La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs par les professionnels est interdépendante des pratiques quotidiennes.

Au cours des réunions de direction et de cadres paramédicaux, j'ai pu observer et participer aux échanges enrichissants des personnels. Les personnels paramédicaux et médicaux font état des problématiques relatives à ces publics et des difficultés que rencontre le personnel de terrain. Le directeur et les équipes doivent partager des valeurs communes dans la recherche d'une éthique professionnelle en s'appuyant sur des outils⁵² de la loi de 2002. La démarche s'inscrit dans le projet d'établissement, le projet de soins, le projet de vie, le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement tout en permettant l'expression et le recueil de la satisfaction des résidents au cours des conseils de la vie sociale.

2.2 Une situation architecturale et une organisation inadaptées dans l'EHPAD Richard

Au cours de la précédente restructuration, datant des années 1980, il n'a pas été prévu de chambres individuelles en nombre suffisant. Les salles de réception sont isolées par unité et permettent difficilement de mettre en œuvre des activités différenciées. Par voie de conséquence, l'organisation globale est devenue inappropriée.

⁵² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

2.2.1 Une situation architecturale actuelle non fonctionnelle

A) La situation architecturale de l'établissement avant le début des travaux

Dans l'actuelle organisation architecturale, l'établissement comprend un bâtiment central (bâtiment E) construit au début du XXe siècle. Au rez de chaussée de ce bâtiment est situé le Hall d'accueil, dans ce hall convergent les circulations qui conduisent vers 4 groupes de bâtiments.

– **Le Bâtiment central, bâtiment E**, comprend au rez de chaussée le hall d'accueil, au 1^{er} étage une aile de chambres de résidents (Unité Van Gogh), au 2^e étage, les services administratifs, bureau médical et locaux de Kinésithérapie, au 3^e étage : la pharmacie, le bureau de la psychologue, le bureau des services techniques et deux locaux pour les animateurs, à l'extrémité : 2 appartements pour le personnel. Au Sous-sol sont situés la blanchisserie et des locaux de réserve en nombre très insuffisant.

– **A l'Est, le Bâtiment A** regroupe les unités Renoir (42 lits) au rez de chaussée et Utrillo (43 lits) à l'étage avec pour chacun d'eux un salon et deux petites salles à manger ainsi que des locaux de service et des sanitaires collectifs.

– **A l'Ouest, le Bâtiment B** regroupe les Unités Monet au rez de chaussée et Pissarro à l'étage avec la même configuration que dans le bâtiment A en termes de locaux de vie et de service.

– **Au Nord, le Bâtiment C** comprend au rez de chaussée les cuisines et à l'étage la deuxième aile de l'Unité Van Gogh avec deux petites salles à manger et un salon.

Tous les bâtiments sont desservis par deux ascenseurs, un pour les résidents et visiteurs et un pour le service. Les chambres en rez de chaussée ont un accès direct au parc, le parc est accessible aux fauteuils roulants

Une salle de spectacle et une salle d'animation, **Bâtiment D**, sont situées de part et d'autre de la circulation centrale qui conduit du hall d'entrée au bâtiment A.

Tous les bâtiments sont donc reliés entre eux par des circulations qui donnent sur le hall d'entrée et engendrent de nombreuses ouvertures sur l'extérieur. Seul, un portail ferme l'entrée principale du parc et l'utilisation de codes digicodes semble insuffisante. Les personnes qui déambulent, malgré le port de bracelets adaptés pour certaines, ont des risques d'errances et de mises en danger pour elles-mêmes au vu des recueils de témoignages des personnels de terrain, effectués pendant mon stage. En effet, les ouvertures des locaux sont nombreuses sans espace de déambulation spécifique.

B) Le bilan du patrimoine

Le patrimoine immobilier comprend la construction des quatre bâtiments décrits ci-dessus, ainsi que la rénovation du bâtiment central qui ont été achevés en 1991, enfin des terrains sur un autre site. Des travaux de maintenance ont du être réalisés au niveau des bâtiments : réfection progressive des étanchéités et des installations (certains sont en cours pour ce qui est des réseaux d'eau notamment) et au niveau des locaux : mise aux normes de sécurité ces dernières années ainsi que réfection des peintures intérieures.

Le patrimoine immobilier est dans un bon état, cependant il est aujourd'hui impératif d'adapter l'établissement d'une part à la demande d'admission qui s'oriente de plus en plus vers des chambres individuelles et d'autre part à la dépendance des résidents rendant indispensable la présence de douche dans les chambres. La volonté de mieux individualiser les admissions des résidents dans des unités plus adaptées est une volonté de l'EHPAD par une unité sécurisée pour résidents ayant des troubles du comportement importants, et par une unité pour résidents dépendants physiquement mais sans troubles cognitifs. Les problèmes essentiels sont à ce jour : le manque de chambres individuelles : 70 chambres à 2 lits et 57 chambres à 1 lit, l'absence de douche dans les chambres, des locaux de vie dans les unités trop exigus : toutes les salles à manger sont de surface insuffisante, aussi le salon de chaque unité a dû être transformé pour partie en salle à manger. Les locaux très exigus de rangement pour lève malades, verticalisateurs, obligent souvent à laisser du matériel dans les couloirs et induisent des risques de chutes des résidents. Les infirmeries peu spacieuses et l'absence de salles de soins sont autant de conditions de travail difficiles pour les personnels.

- Un nouveau bâtiment est en construction depuis le début de juin 2007. Ces travaux comme nous l'avons évoqué précédemment, répondent à des problématiques telles que des demandes d'admission en chambre individuelle, le besoin de douches dans les chambres puis le manque de places dans les espaces communs (salle à manger, salle de soins, rangements...). La politique de l'EHPAD sera de dédier au rez de chaussée une unité pour personnes physiquement dépendantes mais ayant des capacités cognitives.

Nonobstant la volonté des proches et des résidents d'obtenir cet espace favorable, il est certain qu'il s'agit d'une solution à court terme car après avoir analysé mes entretiens avec le corps médical et des cadres de santé, la situation reste instable. Après un état de santé initial, des troubles cognitifs de certains résidents pourront évoluer et il sera difficile de changer la personne d'unité ou d'obtenir une nouvelle admission au bon moment.

Enfin les résultats d'une partie de l'enquête de satisfaction 2008, recueillis auprès des résidents et de leurs proches, mettent en évidence des demandes spécifiques relatives à la qualité de vie dans l'EHPAD.

<u>POINTS FORTS</u>	<u>POINTS A AMÉLIORER</u>	<u>ACTIONS CORRECTIVES A PREVOIR</u>
---------------------	---------------------------	--------------------------------------

Ateliers mémoire 62%	Continuation des ateliers mémoire Stimulation cognitive	Développement des ateliers – activités Mémoire par les 2 psychologues
Séances récréatives 61%	Sollicitation et participation	
	Information sur la participation	Recueil d'informations dans PSI « social » Procédure projet de vie individualisé
	Activités à développer pour les personnes dépendantes physiques ou psychiques	Ateliers et animations soins développant le mouvement, le langage, la réflexion, les sens, la mémoire et les souvenirs Une occupation pour chacun
	Massages/ animaux	Massages/ zoothérapie ; cochon d'inde

2.2.2 La nécessité d'une restructuration organisationnelle

La maison de retraite a signé la nouvelle charte Alzheimer 2007⁵³. L'institution a un engagement moral, vis à vis des familles, d'assurer le bien-être de chaque personne qu'elle héberge et de respecter ses choix et sa liberté.

L'institution doit appliquer les valeurs défendues dans la convention et assurer la dignité et la qualité de vie de chaque résident quel que soit son handicap et sans distinction d'ordre religieux, culturel ou financier. L'analyse des moyens actuels tient à démontrer qu'une restructuration architecturale induit des recrutements.

A) Les moyens en personnel

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées représentant plus de 70% des résidents, la prise en compte et l'accompagnement de ce public par des moyens en personnels suffisants en font un enjeu prioritaire.

Malgré la volonté et la démarche de formation Alzheimer exhaustive des personnels, des problématiques demeurent et s'expliquent par le manque de moyens humains et d'unités de vie adaptées avec activités spécifiques.

Les effectifs autorisés⁵⁴ en personnel sont passés de 133.20 en 2008 à 140.8 Equivalent temps plein (ETP) en 2009. Les objectifs prévisionnels et les ratios préconisés ne sont pas atteints. La modification des effectifs est nulle au niveau Hébergement et Dépendance mais évolue pour les soins avec 1.8 ETP IDE et 1.5 ETP paramédical dont l'ergothérapeute et la psychologue. La démarche de mise en œuvre des moyens en personnels contractualisée par la signature de la dernière convention n'est pas encore suffisante. Des axes sont à prioriser en termes de recrutement des pousseurs, agents missionnés pour les transports de linge, repas et matériels. En effet, l'extension de

⁵³ Charte Alzheimer éthique et société 2007 où les professionnels s'engagent sur les droits des malades

superficie des chambres avec le nouveau bâtiment et des couloirs de circulation induit une réorganisation des tâches des pousseurs. Il sera nécessaire de changer les plannings des deux pousseurs actuels et donc de recruter un nouvel agent pour compléter l'amplitude du temps de travail. La fiche de poste de cette fonction a été validée par le médecin du travail et le CHSCT⁵⁵. Ce poste permet de recentrer les missions des personnels de soins auprès du résident en les libérant de certains déplacements.

Le secteur public est moins présent⁵⁶ dans la régularité de ses ratios car leur surcoût n'est pas toujours possible, ni distribué dans les enveloppes des autorités de tarification. Le ratio de l'EHPAD Richard, AS/ASH/AMP par résident, a légèrement augmenté (de 0.4 en 2007, il passe à 0.45 en 2008) mais reste faible pour une prise en charge de plus en plus lourde. En effet, les résultats sont loin d'atteindre les préconisations du plan « solidarité grand âge »⁵⁷ : soit 0.65 puis 1 personnel/résident à mettre en place en EHPAD.

Le taux d'absentéisme de 10,78 % est en baisse par rapport à 2007 :12.39%, 2006 :11.34% (2005 :12%, 2004 :15,16 % - 2003 : 12,92 % - 2002 : 14,74 %). On peut noter que le calcul de l'absentéisme inclut les arrêts maladie de tous les agents y compris les agents en remplacements alors que le chiffre est rapporté aux effectifs autorisés (hors contractuels). La légère baisse du taux d'absentéisme est liée à la baisse de congés longue maladie, longue durée et des congés maternité. Les arrêts maladies évoluent de façon irrégulière d'une année sur l'autre, une nouvelle progression en 2008 induit une nouvelle politique de l'EHPAD en gestion des ressources humaines. La pénibilité du travail, ainsi que le vieillissement des agents (43 ans en moyenne) expliquent en partie ce taux d'absentéisme. Une politique est menée pour y remédier (évaluation, prime, formation) mais le taux reste fort et la volonté de l'établissement de favoriser le présentéisme ne donnera des résultats qu'à long terme.

Un médecin et deux kinésithérapeutes polonais ont été recrutés en 2007. Dès 2008, quatre postes d'infirmières supplémentaires ont été créés pour permettre une continuité des soins 24H/24. Une réorganisation des horaires est probable car les jeunes infirmières veulent travailler sur 12 heures alors que la Maison de retraite travaille actuellement sur 7h30. Un ergothérapeute et une psychomotricienne ont rejoint l'équipe paramédicale et le

⁵⁴ ANNEXE VI : extrait du rapport du compte administratif 2008, répartition des effectifs et évolution du GMP

⁵⁵ Comité d'hygiène et de sécurité des condition de travail selon l'Article L 236-1 du Code du travail

⁵⁶ FONTAINE D., décembre 2008, Fondation Médéric Alzheimer, *Les places d'hébergement spécifiquement destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2008 (première partie)*. La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. p.3

⁵⁷ Disponible sur internet : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf

partage des prises en charge avec les kinésithérapeutes reste à améliorer. Le directeur a initié des réunions de cadres paramédicaux qu'il faudra poursuivre afin de coordonner les pratiques professionnelles.

B) Des circuits à améliorer

L'ensemble des entretiens avec plusieurs catégories de personnels paramédicaux a permis un diagnostic des organisations. La maison de retraite est répartie sur deux bâtiments comprenant cinq unités de vie et une cuisine interne avec liaison chaude. Actuellement, la plupart des résidents sont hébergés dans des chambres doubles, ce qui est source de nombreux conflits, la cohabitation étant difficile pour des résidents ayant déjà perdu leurs repères. De plus, des personnes démentes peuvent cohabiter avec des personnes ayant leurs capacités cognitives.

Le personnel soignant est réparti sur cinq unités de vie, comprenant chacune une quarantaine de résidents. Les soignants travaillent en trois équipes, le matin (7h-14h30) cinq agents effectuent le lever, les toilettes, le service du repas et l'aide au repas des personnes très dépendantes. L'après-midi (13h30-21h), trois agents effectuent l'entretien des locaux, le goûter, le service du dîner puis le coucher des résidents. La nuit (21h-7h), l'agent présent effectue les changes, la distribution des médicaments avec une boisson et la surveillance de l'unité. Les infirmières se répartissent une par unité de vie, la nuit deux infirmières se partagent les deux ailes de l'établissement depuis début 2008.

Un agent hôtelier assure le petit déjeuner, le dressage de la table pour les repas, la vaisselle, l'entretien des salles communes, l'office et certaines chambres, il y en a un par unité de vie, il est présent de 8 h à 16 h. Ceci a été mis en place pour soulager les équipes de soins dans les tâches d'entretien. Un cadre hôtelier, récemment recruté, permet un suivi approprié des tâches hôtelières des personnels et devra mettre en place de nouvelles organisations en termes de service et de qualité des prestations.

Deux médecins se partagent les deux ailes ainsi que les kinésithérapeutes, une psychologue à mi-temps intervient auprès de l'ensemble du personnel et une autre intervient auprès des résidents à mi-temps également. Deux nouveaux médecins dont un coordinateur sont arrivés en mars 2008, leur temps de présence est augmenté dans l'établissement, ce qui permettra une amélioration du suivi médical des résidents.

La composition des équipes est en théorie identique dans chaque unité, cependant au quotidien, il s'avère que dans certaines unités, il peut exister un absentéisme d'agents. Comment remédier à ces difficultés de gestion immédiate des tâches entre les unités ?

Les agents hospitaliers, les aides-soignants ainsi que les aides médico-psychologiques effectuent les mêmes tâches à savoir toilette, repas, ménage, ceci génère parfois une

ambiguïté et certaines rivalités. Des glissements de tâches peuvent être dévalorisantes pour certains agents sans formation adaptée. La façon de travailler peut différer d'un service à l'autre ce qui perturbe les agents venant en remplacement ponctuel, car ils ne trouvent pas tout de suite leurs repères. De plus, il n'y a pas de référent soin par unité qui pourrait guider les nouvelles recrues.

Deux surveillantes, cadres de santé, et le nouveau cadre hôtelier assurent le management des équipes de soins, la proposition de planning du personnel. Le cadre de santé supérieur supervise l'ensemble du personnel soignant et valide les plannings.

Toute restructuration annonce des déménagements en regard et le cadre de santé supérieur a en charge cette opération. Il devra faire valider avec le directeur les nouveaux circuits de linge, déchets, distribution de médicaments et de repas par les responsables de la commission de sécurité pour permettre les déménagements de chaque étape de la restructuration. L'ensemble de ce diagnostic traduit l'interdépendance entre les organisations des espaces et celles des fonctionnalités.

C) La prévision du surcoût financier

A cette étape de l'analyse, des études de faisabilité ont déjà été réalisées selon un avant projet validé par les instances délibératives⁵⁸.

Un bilan de la fiche action 1 de la 2^{ème} convention tripartite et du projet institutionnel 2008-2012 a été réalisé début 2009 relatif à la politique d'Établissement « Alzheimer » :

- Projet spécifique de soins et d'accompagnement pour l'ensemble de l'EHPAD: à finaliser avec l'étude de faisabilité PASA : selon le plan Alzheimer
- Unité dédiée avec parcours de déambulation: appel à candidature à prévoir (ouverture 2010) et projet spécifique de l'unité : à formaliser (groupe projet)
- Dispositif d'application de la méthodologie de l'humanité : en cours d'élaboration (tableau de bord avec indicateurs + réunions de service) (le nombre de toilettes évaluatives réalisées et évaluées, toilettes au lavabo avec verticalisation, livrets histoire de vie, projets de vie personnalisés contractualisés...)
- Ateliers de stimulation physique et cognitive: « un atelier par semaine pour chaque résident » : en cours de développement et de planification avec des équipes pluridisciplinaires.
- Groupes de paroles: les familles: organisés mensuellement et à prévoir avec le personnel.

⁵⁸ Délibérations du CA du 20/04/07 pour le plan de financement de la construction d'un bâtiment de 52 lits et du CA du 22/10/07 pour le plan de financement de la restructuration architecturale
Délibérations du 11/06/07 et du 28/01/08 pour le projet d'établissement et la convention tripartite 2008-2012

Une étude préalable a permis de vérifier que la situation financière de l'établissement était saine et que la stratégie adoptée à court terme en matière d'investissements, permettait par ailleurs d'appréhender de manière plus sereine le projet de réaménagement architectural. Ce diagnostic a donc permis de montrer aux Autorités de Régulation qu'une stratégie et qu'une ligne directrice existaient dans l'établissement, avec notamment une volonté de maîtriser les coûts et de monter un plan de financement cohérent.

Les Autorités de Tarification ont validé cette hypothèse et demandé à la Direction de poursuivre ses études. La mise en œuvre d'un programme technique assez détaillé a donc nécessaire ; il a été travaillé avec les équipes pluridisciplinaires. Ce programme a permis de fournir des éléments pour la construction du plan de financement du projet.

L'institution se doit de suivre les recommandations et de mener les actions décrites dans la convention tripartite : la prise en compte des personnes démentes est un objectif prioritaire pour l'institution. L'application des mesures des fiches actions 1 et 2 approuvent les moyens supplémentaires prévisionnels. Le processus de recrutement pour la mise en œuvre de la fiche action 1⁵⁹, est engagé mais reste perfectible.

Pour l'amélioration de la prise en charge, la création d'une unité dédiée Alzheimer et le développement de la stimulation psychomotrice sont préconisés dans la fiche action 1 selon la répartition suivante. Il s'agit de répondre à la création de postes de 7 ETP AMP AS 3eme échelon : 268 100€, de 5 ETP IDE repartis en 4 ETP IDE et 1 ETP de cadre soignant soient 241 656€ et 61 146€ et de 0.5 ETP PSYCHO-MOTRICIEN: 17 606€. Ce coût complète la fiche action 3; améliorer la qualité des soins. Le personnel hôtelier de cette unité dédiée figure dans une autre fiche action 2.

Pour 2009, le recrutement de sept postes d'aides-soignants a été accordé pour le nouveau bâtiment ainsi que pour l'unité spécialisée par la signature de cette convention tripartite 2008-2012. La question est de savoir quel est le moment le plus opportun pour recruter ces agents afin de permettre une adaptation la plus facile possible des résidents à leur nouvel environnement. Faut-il le prévoir quelques semaines avant la date du déménagement ?

Nonobstant ces difficultés de charge de travail qui induisent l'absence de possibilité de se concentrer sur les soins directs, on note des espaces inappropriés alors que les tâches sont importantes.

Après observation de ces besoins de restructuration et de changement des organisations, des points de vigilance sont à identifier. La gestion de l'espace individuel et collectif : le directeur, porteur de projets s'interroge sur les règles architecturales à observer lors de la

création de places destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au sein de leur structure. L'ouverture d'un espace doit être validé par le CROSMS et s'inscrire dans le schéma départemental gérontologique. En l'absence de règles spécifiques (taux d'encadrement ou architecture), certains points sont importants : créer des espaces collectifs agréables et des espaces personnalisés, des lieux où la personne qui le souhaite peut se mettre en retrait, etc. Mais avant chaque engagement de travail, le directeur induit une réflexion préalable des équipes sur le projet de vie de l'établissement car c'est lui qui détermine la spécificité de l'accompagnement au-delà du simple hébergement. Enfin, la gestion de la structure suppose que le personnel, confronté à une certaine « usure », soit formé, intégré dans une dynamique d'équipe et soutenu (groupes d'analyse, groupes de paroles). Les équipes sont d'autant plus ouvertes que l'accueil de la personne malade doit être préparé. Il faut à tout prix éviter les sources de stress dues au changement surtout pour les personnes atteintes de troubles cognitifs et observer les procédures mises en place dans d'autres expériences.

2.3 La comparaison avec deux autres restructurations: les points de vigilance à identifier

La Maison Hyacinthe Richaud à Versailles a ouvert, début 2009, les nouveaux locaux d'un ensemble architectural de 172 lits pour personnes âgées, construit autour du concept de 6 maisonnées. La qualité de vie est définie par des animations thérapeutiques et ludiques dans les salles dédiées soit à la psychomotricité, soit à la gymnastique, peinture et ateliers mémoires. D'autres projets développent une ouverture vers la ville comme la mise en place d'un atelier informatique avec un lycée local ou de prévention des chutes...Le grand salon du rez de chaussée accueille de nombreux bénévoles et une surveillance médicale 24H/24 est assurée par l'équipe de gériatre rattachée au pôle gérontologique de l'hôpital MIGNOT au Chesnay. Cet ensemble architectural répond comme pour le futur EHPAD Richard rénové à une restructuration en chambres individuelles avec salle de bain et prévoit des lieux de circulation adaptés à la grande dépendance. Certains points de vigilance seront à appliquer pour le déménagement des résidents selon cette expérience. En amont, plusieurs communications sont à faire au cours de réunions de personnels et de familles avec les résidents concernant les dates et organisation du déménagement accompagnées de visites des lieux. Il s'agit de faire participer les familles, de nommer un référent pour 3 à 4 résidents et de prévoir au moins

⁵⁹ Extrait de la Convention tripartite 2008-2012

un agent connu auprès du groupe de résidents d'une même unité. Il faut respecter l'environnement des résidents qui auront fait le choix d'accéder au nouveau bâtiment afin de privilégier une adaptation la plus favorable possible à ce nouvel environnement.

Le second établissement de référence est l'hôpital local de Marines. La visite de cet établissement, dédié à la prise en charge Alzheimer, a permis d'identifier les locaux communs, les mesures de sécurité à renforcer et les pratiques proposées.

La dynamique qu'il me paraît donc souhaitable de développer dans la prise en charge des problèmes de démence en institution vise à lutter contre le constat qu'un grand nombre de structures a limité la prise en charge aux seules personnes admises en unité Alzheimer. Cet accueil spécifique n'est donc plus utilisé comme un outil d'intervention autour des problématiques de la démence mais en devient la seule et unique réponse. Aucun accompagnement adapté n'est proposé aux autres résidents atteints de désorientation intellectuelle évolutive, laissant de côté une grande part des personnes concernées et du personnel face à une difficulté sans proposition constructive.

Comment différents types d'unités dédiées sont-ils utilisés comme outils au service de tous les résidents, personnels et proches ? Quelle orientation reste à développer pour que l'approche soit pluri professionnelle ? Mon analyse tentera de répondre à ces problématiques par le projet de transformation d'une unité existante en unité fermée Alzheimer et sur l'étude de faisabilité d'une unité dédiée type PASA. Le projet d'unité fermée faisant partie intégrante de la convention tripartite signée par l'établissement en 2007 dans le cadre de la restructuration globale.

Ce chapitre a permis de mettre en évidence des insuffisances en terme de locaux, d'organisations et d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Aussi, nous nous attacherons à exposer les projets de reconfiguration et de création de deux unités dédiées. Un suivi du programme d'investissement semble indispensable au cours de l'évolution des aménagements et des retards de travaux.

3 Impulser un projet de création d'unités dédiées pour une prise en charge de qualité des résidents confrontés à la dépendance et à la maladie d'Alzheimer

La reconfiguration et le réaménagement sont étroitement liés à la réorganisation du fonctionnement, des circuits et au nouveau plan de financement de l'établissement. Le management par projets avec l'ensemble des personnels est un des moyens de fédérer les équipes.

3.1 Le projet d'établissement : une stratégie managériale

Les objectifs des recommandations de l'Anesm et de l'HAS se concrétisent à la fois dans le projet d'établissement et dans le projet personnalisé co-construit avec la personne accueillie.

3.1.1 Le projet d'établissement et l'importance de la démarche qualité sur les pratiques professionnelles

Le projet institutionnel 2008 2012⁶⁰ a été réalisé avec l'appui des cadres administratifs et de santé de l'EHPAD et conforté par la nouvelle convention tripartite⁶¹. Le directeur impulse les orientations du projet d'établissement par la mise en place de groupes de travail avec les cadres. Son organisation structurée permet de fédérer les équipes autour d'orientations et de valeurs communes.

Le projet architectural est interdépendant du projet institutionnel avec la construction d'un bâtiment de 52 lits et la rénovation des unités existantes. Il a pour objectif d'améliorer les conditions d'hébergement et de séjour des résidents par l'augmentation du nombre de chambres individuelles sans augmentation de capacité, et les conditions de travail du personnel. Le projet institutionnel comprend le projet médical, le projet de soins, le projet de vie et définit les politiques envisagées dans l'EHPAD.

Chaque établissement doit élaborer un projet de soins qui est intégré au projet d'établissement et, autour du projet de vie s'articulent les activités proposées aux résidents. Par sa dynamique de projets, l'EHPAD répond à une démarche qualité qui ne devra pas uniquement se limiter aux dimensions techniques de prestations car elle

⁶⁰ Vu la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, article 12

⁶¹ La convention tripartite pluriannuelle est signée entre la DDASS, le conseil général des Yvelines et l'institution. La dernière signée est récente 2007 elle concerne la période 2008-2012. Elle fixe les objectifs, la formation, les fiches actions ainsi que l'évaluation à respecter.

requiert un changement⁶² global de posture de la part de tout l'établissement. Elle interroge l'organisation dans son ensemble : ses valeurs fondamentales, la pertinence de son organisation et de ses pratiques managériales. La démarche d'amélioration continue de la qualité induit un changement organisationnel global. La formation est un levier puissant dans l'amélioration des pratiques professionnelles.

Dans le cadre de la convention tripartite 2008-2012, qui prend appui sur le projet d'établissement, des moyens nouveaux ont été accordés à l'établissement. Ils permettront de réaliser des actions prioritaires dont la restructuration, l'amélioration de la prise en charge Alzheimer et qualité des soins, dispensation des médicaments, amélioration de la prise en charge, nutrition, maintien de l'autonomie, accompagnement de fin de vie, démarche qualité et réseau gérontologique.

Le conventionnement 2008 2012 est un support de management efficient, articulant démarche qualité et stratégie de l'organisation. En effet, parler de conventionnement, c'est parler avant tout de démarche qualité au sein des EHPAD, c'est le cœur même de la réforme. « La place du conventionnement est au centre du dispositif organisationnel des établissements, au croisement de tous les échanges. Il réalise une régulation politique de ces échanges dont la fonction management assure l'exécution »⁶³. Le projet de restructuration et de création de l'unité Alzheimer est déterminé dans la fiche action 1 de la convention permettant d'appuyer la démarche qualité par la prise en charge Alzheimer. Le projet de vie décliné dans le projet d'établissement et qui prévaut sur le projet de soins en EHPAD, va permettre la déclinaison des projets de vie personnalisés.

3.1.2 Le projet de vie : une réponse individualisée pour un accompagnement de qualité

La prise en charge en institution de patients de plus en plus dépendants induit le besoin de beaucoup de motivation aux responsables soignants pour mettre en place une vision plus globale de la personne âgée dans laquelle le projet de vie prend toute sa place. En effet, il doit faire l'objet d'une réadaptation permanente en fonction de l'état de santé des résidents pris en charge.

Le projet de vie personnalisé doit être la clé de voûte de la prise en charge et s'inscrire dans la trajectoire de vie du patient. Il doit prendre en compte, outre les pathologies actuelles et passées, les capacités résiduelles, l'environnement familial ou amical, l'habitat, les ressources, les souhaits constatés. Toute démarche de projet de vie ne peut être engagée qu'en complémentarité d'une démarche de projet de vie institutionnel

⁶² DUCALET P, mars 2008, *penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, 3eme édition.

⁶³ CLEMENT J., CREA RHONE ALPES. Point de vue sur le conventionnement tripartite.

impulsé par le directeur. Lorsque cette démarche institutionnelle est acquise, la réflexion sur les projets de vie personnalisés peut prendre place en équipe pluridisciplinaire.

Le projet de vie en EHPAD s'inscrit dans la démarche qualité du référentiel Angélique, base des conventions tripartites⁶⁴ et reprise dans le référentiel de certification V2 de l'HAS⁶⁵. La mise en œuvre d'un projet de vie personnalisé est règlementaire. Il doit être intégré dans le dossier de soins car il doit être traçable et être écrit en équipe multidisciplinaire avec les professionnels connaissant le mieux la personne âgée.

Le directeur met en place des activités adaptées et encadrées par des personnels ou des bénévoles sensibilisés à la problématique de la grande dépendance et de la maladie d'Alzheimer. Certaines difficultés apparaissent et entravent la formalisation et la mise en place des projets de vie personnalisés spécifiques comme les troubles cognitifs qui rendent la participation de la personne de plus en plus aléatoire. Certains sont dans le refus catégorique ou le recueil de données est compliqué pour les résidents sans entourage. Dans tous les cas, il faut fonder le projet de vie spécifique sur les désirs affirmés du résident ou les plaisirs constatés dans le quotidien par les personnels. Pour la famille, qui a été contrainte au placement, il est un facteur de déculpabilisation.

Pour le personnel, il impose des pratiques partagées et devient la mémoire de l'histoire de vie avant et pendant l'hébergement. L'EHPAD Richard utilise l'outil du « livret d'histoire de vie » qui est mis en place dans le courant des premières semaines d'entrée en EHPAD et réactualisé avec les proches. Il évite les pertes d'information détenues par les anciens du service qui le quittent.

Plus précisément en unité Alzheimer ou maladies apparentées, comment construire le projet et la personne en a-t-elle encore le désir ? L'objectif est alors de garantir dans la durée à ces personnes, l'expression de leur choix et de leur liberté, le respect de leur sentiment de sécurité et l'expression de leurs souhaits. Il s'agit de respecter leurs capacités restantes et de freiner leur déclin. Ce projet est établi et réévalué par l'équipe pluridisciplinaire et définit des objectifs dans le cadre d'une prise en charge non médicamenteuse en déclinant le programme d'activités proposées avec une possibilité de choix privilégiée.

En complément de la grille d'évaluation Aggir, remplie lors de l'admission, le médecin coordonnateur effectue différents bilans⁶⁶ dans le mois de l'accueil : (bilan psychométrique avec le Mini Mental State - MMS, bilan psychomoteur, d'autonomie et de

⁶⁴ Mission MARTHE-ENSP, améliorer la qualité en EHPAD . Juin 2000

⁶⁵ www.has-santé.fr

⁶⁶ Source : projet de vie et projet de soins, *Soins gériatriques* – n° 77 – mai /juin 2009

nutritionnel à l'aide du Mini, Nutritional Assesment -MNA). Un des objectifs est d'aider la personne à se réapproprier son projet de vie en l'accompagnant dans la redécouverte du désir.

Le directeur est garant de l'élaboration d'un projet de vie de qualité⁶⁷, autour duquel s'articulent les activités proposées aux résidents, et son évaluation n'est pas seulement une obligation dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement, ce doit être un réel droit pour chaque résident en établissement.

Le projet de vie et la structure d'accueil doivent répondre aux besoins du résident atteint de la maladie d'Alzheimer. Une projection sera établie selon l'impact des facteurs d'environnement existants tels que la restructuration architecturale en cours et celui des choix organisationnels.

3.2 La dynamique de projets architecturaux dans l'EHPAD Richard

La dynamique de projets est définie par des stratégies engageant l'organisation de la prise en charge des publics émergents. L'organisation se construit par une succession d'ajouts, de modifications, de renoncements, en fonction des évènements et des opportunités. Je pense qu'il est nécessaire de mettre en application une stratégie à long terme à travers la construction de processus concrets avec les équipes de terrain et la prise en compte des découvertes et évènements, et de la reconnaissance d'apports des personnels.

Enfin, appliquée à un établissement médico-social, la dynamique de projets ou management par projet est aussi un management social. Le directeur peut opter pour un maintien de logique non commerciale privilégiant l'éthique, assurer le développement de l'innovation, la qualité de la prise en charge en direction des résidents et de la société puis optimiser les ressources humaines, tant au niveau de la dynamisation que de la prospective.

On réalise ce management par projet en mettant en place des formes de travail et d'organisation des circuits qui sont, en soi, des changements ou ruptures par rapport au fonctionnement antérieur. Sa façon d'impliquer les acteurs rejoint le management participatif. Il passe par la reconnaissance des personnels et au-delà du recueil de leur adhésion, par une prise de responsabilité. Mais il permet en complément la mise en place d'un processus décentralisé, la nomination de personnes ressources, une articulation entre des temps de décisions et de mise en œuvre et la formulation de points de contrôle et d'ajustement.

⁶⁷ ANESM, 2009, Recommandation de bonnes pratiques : « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », P 17

Suite à l'analyse des priorités managériales, la base de réflexion et l'action s'orientent autour du problème de la création de deux unités spécifiques pour prendre en charge de façon adaptée les résidents après avoir réalisé l'extension des locaux.

Sur la base des travaux effectués lors de l'étude d'opportunité, les équipes ont donc travaillé l'organisation et les besoins en termes d'espaces et d'équipements. Des travaux ont été effectués en groupes de travail et comité de pilotage afin d'entrevoir une possible réorganisation. Les propositions contenues dans l'étude de population et d'opportunité réalisée en amont ont été globalement retenues, à savoir un dispositif contenant une unité dédiée fermée et la rénovation de l'accueil de jour externe.

3.2.1 L'extension des locaux et les phases de la restructuration

Les échanges quotidiens avec le directeur m'ont permis d'entrer dans la dynamique d'une restructuration en cours et d'observer la réactivité nécessaire face aux aléas des travaux.

« Les phases de crise révèlent les attitudes essentielles des directeurs, en particulier leur capacité (ou non) à se détacher et à se positionner ailleurs pour laisser place à la fantaisie créatrice. ». Toute construction ne peut se faire sans dépassement de délais suite aux multiples facteurs environnementaux dus aux phénomènes climatiques, humains et organisationnels. Le directeur est alors le chef d'orchestre de la cohérence des décisions à prendre pour coordonner les différents corps de métiers, reprendre les réunions de chantier retardées et impulser la dynamique.

Le pilotage de la restructuration par le directeur est essentiel par la capacité d'accompagnement de la maîtrise d'œuvre afin de pouvoir discuter en réunions des problèmes techniques en rapport avec les besoins du résident.. En effet, maître d'ouvrage, il devrait pouvoir s'appuyer sur l'équipe, choisie en instance, de responsables du cabinet d'architecte recruté, sur les chefs d'entreprise, le pilote et le maître d'œuvre. Dans une situation de difficultés quotidiennes et malgré l'appui de contrôle de la part des personnels techniques de l'établissement, le rétro planning⁶⁸ initial des travaux a été décalé de huit mois. Plusieurs causes se sont succédées. En effet, il ne peut être mis en place de nouvelles organisations architecturales sans que l'articulation avec celles existantes provoque quelques défaillances techniques. Enfin, la mise en accessibilité de toute structure accueillant des personnes handicapées ou à mobilité réduite est devenue

⁶⁸ ANNEXE VII : phasage des travaux

obligatoire depuis la loi du 11 février 2005⁶⁹ et devient une priorité qui s'ajoute au projet initial.

Le phasage et la mise en œuvre de la restructuration architecturale ont évolué au détour des retards de travaux.

Après l'ouverture du **nouveau bâtiment** fin 2009, de 52 chambres individuelles, les travaux vont continuer par tranche dans les différentes unités pendant une durée totale de quatre ans. Les autres unités de vie vont également être modifiées afin d'offrir des chambres individuelles et des salles de bain.

Les critères d'attribution des chambres du bâtiment neuf sont basés sur une évaluation médicale par le médecin coordonnateur, l'équipe médicale de l'ensemble des unités et les cadres de santé. Les résidents orientés et cohérents seront au rez de chaussée. A l'étage, les résidents ne seront pas ceux de l'unité Alzheimer fermée, ni les résidents déambulants. L'attribution des chambres du bâtiment neuf sera définitive et selon les principaux critères suivants : les besoins médicaux, en oxygène, d'isolement, les besoins spécifiques et le critère des résidents payants. Après consultation des résidents concernés, la liste des résidents transférés sera présentée au directeur pour une communication à l'ensemble des représentants des familles.

En synthèse, l'orientation des choix de bâtis et d'évolution des types de prises en charge de cet EHPAD est cohérente au regard du public émergent. Ne faudra-t-il pas à moyen terme prévoir une unité dédiée pour des résidents orientés et cohérents puis organiser des activités en unité de vie de jour pour l'ensemble des autres personnes dans tous les EHPAD. Enfin l'unité fermée devra être préservée pour sécuriser le public avec les troubles les plus développés. Les équipes doivent aborder chaque projet de vie personnalisé en tenant compte de la sortie probable de l'unité fermée vers une unité traditionnelle si la prise en charge ne répond plus aux besoins du résident.

Parmi les phases de la reconfiguration, je priorise deux axes de propositions pour lesquels le directeur m'a permis de définir une stratégie de mise en œuvre. Les axes d'amélioration du pré projet de l'unité spécifique Alzheimer (type UHR) sont initiés dès la première phase de restructuration et l'étude de faisabilité de la mise en place d'une unité de vie type PASA⁷⁰ pourra aboutir en fin de restructuration. Ils sont issus de l'analyse des besoins actuels de prises en charge et de l'état des lieux de l'EHPAD Richard. Les PASA et les UHR s'intègrent dans le projet d'établissement pour apporter des réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

⁶⁹ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁷⁰ ANNEXE II : synthèse du cahier des charges de la DGAS

3.2.2 Le projet spécifique de l'unité dédiée avec parcours de déambulation (type UHR)

Le projet d'unité dédiée Alzheimer (type UHR) s'inscrit dans la première phase des cinq étapes de la restructuration.

- *Le projet initial intègre des axes d'amélioration.*

Certains éléments de l'évolution des unités dédiées semblent intéressants à comparer au projet en cours. Les unités CANTOUS⁷¹, premières unités dédiées, sont des unités closes de petites dimensions de douze personnes et ont été remplacées en 1986 par des MAPAD⁷². Depuis, d'autres expériences de prises en charge ont été conduites. Il est primordial de prendre en compte l'évolutivité de la maladie dans la conception architecturale des unités spécialisées Alzheimer. On retiendra qu'un projet d'accueil spécifique ne doit pas être figé mais doit évoluer à chaque étape de sa conception. En amont, il change pendant la phase de réflexion sur le projet⁷³ et lors de la conception. En aval, lors de la mise en service de la structure et en fonction des résultats constatés et de l'évolution du profil des personnes accueillies, il peut être modifié. Il est important de mettre en place des outils d'évaluation à chaque stade.

Les unités Alzheimer reposent sur le principe de communauté dans laquelle l'unité de vie n'est plus une juxtaposition de logements alvéolaires ni un simple hébergement doté de services collectifs. De plus, elles sont fondées sur le principe de subsidiarité dans lequel le personnel et la famille ne se substituent pas à la personne âgée mais lui fournissent une aide et un accompagnement et sur le principe de participation avec l'instauration de lieux d'activité et d'animation. Il s'agit de respecter dans l'architecture, des espaces privatifs pour les résidents stipulé dans le Décret no 99-316 du 26 avril 1999⁷⁴.

Le pré projet de rénovation d'une unité en unité spécifique Alzheimer (Type UHR) a été élaboré en cinq phases. Issu de la réflexion d'un **groupe de travail** interne piloté par le directeur et le cadre supérieur de santé, le projet intègre l'organisation, les recrutements, les coûts et le mode de financement. Il a été le point de départ du projet architectural et du cahier des charges. En effet, le bâti est un élément important pour le résident atteint de la maladie d'Alzheimer et la lumière comme le mouvement (espace de déambulation ou de circulation en boucle) fonctionne comme un stimulant attractif.

⁷¹ Centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles, mais aussi coin du feu en occitan (CANTOU) créés en 1970

⁷² Maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes créés en 1986

⁷³ CHALINE B., 2001, « Unité d'accueil spécialisée Alzheimer », *manuel de conception architecturale*.

⁷⁴ Décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Après une validation du programme technique par les instances CHSCT, CTE, CVS dont les représentants des usagers et enfin les membres du conseil d'administration⁷⁵, l'APS a été présenté à l'ensemble des personnes concernées.

La **programmation** a été intégrée à l'étude de conception effectuée par le cabinet d'architecte dans le cadre de procédures simplifiées⁷⁶ puis la **conception** de la rénovation lui a été directement confiée.

La **réalisation de l'ouvrage** a été confiée selon la formule de marchés par corps d'état séparés sur la base des documents fournis par la maîtrise d'œuvre. Enfin, la **mise en service du projet** doit tester le cahier des charges et peut évoluer en fonction des résultats constatés. Certains problèmes de mise en conformité et de sécurité seront à améliorer après les visites de la commission de sécurité incendie.

Le directeur, devra répondre au problème de temporalité du projet. Les réflexions du projet d'aujourd'hui devront s'adapter aux problématiques futures.

- *Des axes d'amélioration* pourront être intégrés selon les nouvelles recommandations Anesm et HAS 2009. L'instauration d'un environnement adapté aux besoins des résidents, apaisant leur angoisse et dans lequel ils peuvent retrouver des repères spatiaux et aussi temporels est priorisée.

L'unité regroupe 13 lits autour d'une grande pièce centrale, lieu de vie pouvant être composé de sous-espaces : un espace salle à manger, un espace détente, un espace cuisine thérapeutique utilisé pour la préparation des repas, un espace atelier. Les résidents participeront à la vie de l'unité. Les chambres donnent sur les circulations et espaces de déambulation. Des repères spatiaux comme les couleurs des portes, du matériel ergonomique, et surtout des lits à hauteur variable, compléteront un espace d'animation et un espace pour des ateliers mémoire.

La structure sera fermée pour éviter les errances et mettra à disposition un espace de déambulation dans un jardin clos.

- Les unités d'hébergement accueillent des malades vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Le groupe de résidents permanents, choisis sur des critères médicaux par le médecin coordonnateur et son équipe, forme une communauté de vie. Les admissions sont faites selon des critères précis définis dans le projet d'accueil et permet une homogénéité des profils. Elles sont remises en cause par l'évolution du niveau de dépendance des

⁷⁵ Délibération du CA du 22/10/07 pour le plan de financement de la restructuration architecturale
Délibérations du 11/06/07 et du 28/01/08 pour le projet d'établissement et la convention tripartite 2008-2012

⁷⁶ Une consultation directe facilite le dialogue d'après CHALINE B., auteur de ; 2001, « Unité d'accueil spécialisée Alzheimer », manuel de conception architecturale.

personnes lorsqu'elles passent du stade de valide actif au stade confiné au lit et au fauteuil.

Dans le respect du résident de la liberté d'aller et venir⁷⁷, les fermetures sécurisées reposent sur la mise en place de digicodes. L'établissement pourrait disposer de tous les renvois de sonnettes sur le téléphone portable des personnels de nuit et qu'un système de surveillance des portes et des mouvements à certains endroits de la maison détecte si quelqu'un sort de sa chambre ou sort de l'établissement.

- La création de cette unité a fondamentalement pour objectif de donner un outil aux *personnels*. Quelle orientation devra impulser le directeur dans le management de cette équipe spécifique? Est-ce que les prises en charge pourraient reposer sur un encadrement composé du médecin, de la psychologue et de l'infirmière coordinatrice. Le personnel dédié à cette unité doit-il être en nombre plus important que dans les autres services pour le respect d'un ratio préconisé par les experts. Quels seront les critères de mobilité interne et quelles compétences seront priorisées. Quel sera le référentiel établi par l'équipe de cadres et la psychologue pour les personnels de l'unité?

Après avoir précisé une partie de l'organisation du travail, et compte tenu des besoins en personnels dans les UHR, il peut être demandé un *financement* supplémentaire d'ETP⁷⁸ d'infirmière et d'AMP. L'une des infirmières dont le financement est pris en charge par la section tarifaire soins, pourrait occuper la fonction d'assistant de soins en gérontologie (nouvelle compétence créée dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012⁷⁹) qui nécessite l'élaboration d'un profil de poste. Les postes d'AMP permettraient de couvrir presque en totalité un poste supplémentaire le matin et le soir. Le choix de recruter des AMP plutôt que des aides-soignants pourrait être guidé par la volonté de rééquilibrer le nombre d'AMP par rapport au nombre d'aides-soignants en donnant une orientation moins « soignante » et en favorisant l'aspect relationnel plus prégnant dans la formation initiale des AMP. Les compétences sont recentrées sur l'aspect éducatif. Il est préférable de proposer au moins les soins d'un ergothérapeute dans un espace dédié. Enfin, le respect des régimes alimentaires et de la préparation des plats diététiquement équilibrés doit faire l'objet d'une attention particulière.

⁷⁷ Charte élaborée à l'initiative du gouvernement par la Fondation Nationale de Gérontologie

⁷⁸ ETP : équivalent temps plein

⁷⁹ Défini dans le référentiel de compétences initié par la mesure 20 du plan Alzheimer, son rôle consiste à concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne, aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie. Il devra mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues, comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé, et réaliser des soins quotidiens en utilisant des techniques appropriées

Ce projet sera réactivé après l'installation des résidents dans le nouveau bâtiment mais il fait déjà partie intégrante des orientations de l'EHPAD en matière d'amélioration de prise en charge. De plus, les autres doivent faire l'objet d'une prise en charge adaptée selon une possibilité innovante.

3.2.3 La stratégie de réflexion pour la création d'un « pôle d'activités et de soins adaptés » (PASA)

Une étude de faisabilité d'unité de jour type PASA⁸⁰ a été présentée en groupes de travail. Elle a permis de communiquer sur les orientations du cadre de vie des résidents dans un lieu déterminé et d'apporter des réflexions en amont. Le suivi du projet pourra évoluer à la fin de des cinq premières phases de rénovation pour réduire les freins aux changements trop divers.

- A) La conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure

Le PASA est un « lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés ». Selon le cahier des charges de la DGAS⁸¹, une étude de faisabilité d'aménagement des locaux existants⁸² est proposée.

L'environnement architectural intègre plusieurs espaces au rez-de-chaussée de l'EHPAD dans une partie de la grande salle d'activités appelée « salle d'ergothérapie ». L'entrée, espace de transition avec l'extérieur, doit faire l'objet d'une attention particulière, permettant la sécurité des résidents, tout en évitant de créer des situations anxiogènes. Elle peut se situer dans un des couloirs principaux à l'entrée de l'EHPAD. Les lieux de vie comprennent un espace repas avec cuisine thérapeutique, un espace salon et au moins deux espaces pour permettre aux personnes accueillies de bénéficier d'activités individuelles ou collectives.

Pour se faire, la grande salle pourrait être divisée en deux par une cloison insonorisée. La partie de gauche face au bâtiment neuf garderait la fonctionnalité actuelle pour des

⁸⁰ Circulaire interministérielle DGAS/DSS/DHOS du 16 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer

⁸¹ DGAS. Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement. Mai 2009

⁸² ANNEXE IV : Plan de l'espace dédié au PASA dans une partie aménagée d'une des salles d'activités

réunions ou activités avec tous les résidents. L'autre partie de droite complétée d'un couloir et d'un autre espace identifié (salle à manger des familles actuelle), en plus des toilettes et d'un espace rangements, seraient entièrement dédiée au lieu de vie type PASA.

La prise de repas dans le pôle permet de limiter les déplacements des résidents vers d'autres espaces. La cuisine thérapeutique peut être aménagée dans un coin de la partie dédiée de la grande salle par un aménagement ouvert (type cuisine américaine) pour faire bénéficier les résidents de l'activité cuisine. Les espaces d'activités et de soins comprennent ainsi, au moins deux espaces séparés, pour réaliser des activités thérapeutiques. Ils répondent à un usage pour trois ou quatre résidents maximum ou à un usage individuel. Il convient donc d'éviter le caractère polyvalent de ces espaces avec ceux utilisés par d'autres publics, afin qu'ils soient des éléments de repérage pour les résidents du pôle qui les utilisent. Ces espaces, qui répondent au projet thérapeutique du pôle, peuvent être différents selon les projets de vie : activités manuelles, activités de musicothérapie, activités physiques, espace multi-sensoriel, soins et bien-être, espace de jeux.

La seule partie commune serait l'espace extérieur clos et sécurisé dans une partie du jardin et terrasse. Une barrière végétale pourrait être mise en place pour séparer cet espace dédié et librement accessible aux résidents. Enfin, le pôle disposerait d'espaces de services nécessaires à son fonctionnement ou de locaux attenants pour le dépôt provisoire de linge, à intégrer dans le circuit existant. Ces préconisations pourront être accompagnées de moyens selon le plan Alzheimer.

B) L'étude organisationnelle, les professionnels et l'impact financier du PASA sans augmentation de la capacité

Chaque pôle accueillera 12 à 14 résidents au maximum. Une réflexion apportée en équipe, porte sur l'admission des résidents issus de l'EHPAD dans ce pôle. Des entretiens avec les psychologues et médecin en groupe de travail d'analyse des besoins, m'ont permis de mettre en évidence certains points relatifs aux divers stades de la maladie. Il sera nécessaire de diviser les ateliers mémoire pour accueillir deux groupes de résidents associés à des activités les mieux adaptées possibles impliquant des groupes de 3 à 4 personnes. Les critères d'accueils devront prévoir l'entrée, la durée et la fin de cette prise en charge en unité type PASA.

La communication sur les critères d'admission au pôle devra rassurer certaines familles qui affirmeront leur volonté de prise en charge prioritaire de leurs parents. Les priorités pourront s'appuyer sur un projet de vie le plus adapté possible et un roulement de

personnes dans le pôle. La file active sera plus importante que le nombre de personnes à recevoir pour éviter des absences imprévues non remplacées pour la pérennité des prises en charge initiées.

L'étude organisationnelle concerne l'accompagnement personnalisé de vie et de soins. Selon les recommandations de l'Anesm⁸³, le programme d'activités, est élaboré par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien, en lien avec le médecin coordonnateur, le psychologue et l'équipe. Ce programme s'intègre dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement. Les activités thérapeutiques organisées par l'ergothérapeute et/ou le psychomotricien nécessitent une prescription médicale. L'accompagnement est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne. La synthèse et la transmission des informations concernant le résident sont mentionnées dans un dossier (type dossier informatisé PSI) ainsi que les décisions prises en réunions d'équipes.

Les professionnels pourront être recrutés sur la base de roulements, parmi les intervenants de l'EHPAD, et sur des temps partiels. Une complémentarité pourrait être facilitée en mutualisant certains temps de travail des personnels et certains espaces de circulation de ce pôle avec l'unité fermée Alzheimer, située en face.

En complément du personnel déjà cité, l'équipe dédiée PASA est composée d'un psychologue à temps partiel intervenant auprès des résidents, des aidants et de l'équipe et d'un assistant de soins en gérontologie⁸⁴.

Les professionnels intervenants au sein du pôle sont formés à l'utilisation des outils d'évaluation; aux techniques d'observation et d'analyse des comportements; aux techniques de soins et de communication adaptées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée; à la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux). La formation est source de motivation permettant de fédérer les personnels autour d'un objectif commun.

Les autres personnels susceptibles d'intervenir dans le pôle sont formés notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liée à la maladie. L'ensemble du personnel de l'EHPAD est sensibilisé à cet accompagnement afin de permettre la prise en charge des personnes à la sortie du PASA, dans les meilleures conditions.

La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée avec des troubles du comportement modérés nécessite la mise en place

⁸³ Anesm, 2009, Recommandation de bonnes pratiques : « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »

⁸⁴ Op.cit. p 49

d'une coordination active entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social sous l'impulsion du médecin coordonnateur.

En fonction de l'offre de soins disponible sur le territoire, les EHPAD qui créent un PASA travaillent en partenariat avec les acteurs de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitivo-comportementale, équipe mobile de gériatrie...) ainsi qu'avec une équipe psychiatrique publique ou privée.

Le processus de labellisation plan Alzheimer.

La circulaire⁸⁵ du 16 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer, préconise d'évaluer l'impact **financier** au regard du tableau des effectifs à recruter et complété du coût d'aménagement avec mise en conformité des locaux.

Le directeur pourra suivre le cahier des charges départemental des PASA et des UHR, pour faire acte de candidature auprès des services en vue de l'obtention d'une labellisation. Le dossier de candidature pourra être adressé tout au long de l'année, au fur et à mesure de la formalisation du projet. Les critères seront basés sur les résultats des coupes PATHOS et besoins recensés dans le schéma départemental et le PRIAC⁸⁶. Après un avis favorable recueilli par la DDASS et le Conseil Général, une visite de conformité, pour contrôle de la cohérence avec le dossier est programmée. S'agissant des créations d'EHPAD, la visite de « labellisation » est réalisée dans le cadre de celle prévue à l'article L. 313-6 du CASF et permet de vérifier la concordance entre les objectifs définis par le projet et sa mise en œuvre. C'est à la suite de la visite sur site que la décision de labellisation intervient et que l'arrêté d'autorisation est pris ou modifié par les services de l'Etat et le président du conseil général.

Toutefois, les objectifs qui nécessiteraient un délai dans leur mise en œuvre feront l'objet d'un calendrier inscrit dans une fiche annexée à la convention tripartite.

La dynamique de projets d'hébergement est complétée par la possibilité de l'EHPAD d'assurer sur son site un accueil de jour ouvert aux résidents externes à l'EHPAD.

3.2.4 Un accueil de jour au caractère innovant

Cet accueil de jour est innovant d'une part, par les pratiques professionnelles proposées et la politique de son gestionnaire. Le directeur de l'EHPAD optimise la qualité de la prise en charge. Il faut que les personnes accueillies soient en nombre raisonnable, et puissent venir quotidiennement dans le centre. En effet, une étude publiée en 2007⁸⁷, relative à

⁸⁵ Op.cit. 83 p 50

⁸⁶ Plan interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie issu de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁸⁷ Lettre des unités de soins Alzheimer – Serdi Editions

124 thérapies non médicamenteuses, montrerait une certaine efficacité des thérapies occupationnelles en centre de jour sur les symptômes psycho-comportementaux, lorsque ces thérapies sont effectuées par séances de 2 heures par jour, 5 jours par semaine..... Ces interventions sont un élément important de la prise en charge⁸⁸ mais n'apportent pas la preuve de leur efficacité du fait des difficultés méthodologiques. Elles doivent être pratiquées par un personnel formé et s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins.

D'autre part, le caractère innovant du projet s'appuie sur un respect des normes environnementales décrites dans les cahiers des charges de tout projet architectural, tout en l'intégrant dans l'espace existant. L'objectif est d'accueillir les personnes âgées à la journée avec des prestations adaptées à leur perte d'autonomie psychique voire physique dans un cadre familial rappelant – par la configuration des lieux et le mobilier – leur domicile.

Les exigences de qualité et de confort d'un accueil de jour sont inscrites dans le cahier des charges HQE régional.

La présence dans un lieu restreint de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer engendre une perturbation du groupe des personnes accueillies. Il est donc impératif pour la pérennisation de cet accueil d'agrandir les locaux, de créer un parcours de déambulation et d'organiser un accueil différencié suivant le stade d'évolution de la maladie.

La démarche de **haute qualité environnementale (HQE)** définie en fonction du coût global du projet et comprenant le bilan énergétique, les cycles d'entretien et de renouvellement, est mise en place selon les modalités suivantes : les locaux concernés par le projet de restructuration vont bénéficier de l'organisation en cours voire bénéficier d'améliorations afin de veiller à la santé, au confort, à l'éco-gestion et à l'éco-construction.

Pour ce qui est de la santé, les matériaux utilisés pour les sols et les murs prendront en compte l'aspect maintenance ultérieure avec l'utilisation de produits facilitant l'entretien journalier et la désinfection tout en préservant l'autonomie et la santé des résidents. Le réseau de ventilation des locaux est rénové par tranche annuelle.

Pour le confort, il sera veillé à travers le choix des équipements, des matériaux et des couleurs au respect du confort acoustique, visuel, olfactif, hygrothermique tout en facilitant l'orientation, la qualité de vie adaptée à la situation du handicap. Il sera pris en compte l'importance pour les résidents Alzheimer de la luminosité des locaux.

Pour ce qui est de **l'éco-construction**, la préservation de l'aspect architectural de la façade principale début XXème siècle de la Maison de Retraite a été prise en compte, la

⁸⁸ Prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou apparentée : interventions médicamenteuses et non médicamenteuses, HAS, mars 2008, <http://www.has.sante.gouv.fr/>, consulté le 9 juillet 2009

réalisation d'une verrière à l'accueil de jour s'intègre dans l'esthétique actuelle des bâtiments.

Un lien étroit peut exister entre un accueil de jour et un établissement aussi proche et parfois décidée en accueil de jour, l'entrée en institution⁸⁹ est loin d'être un processus inéluctable avec la progression de la maladie.

Enfin, l'ensemble des équipements de la restructuration globale a fait l'objet d'une étude de besoins avec les équipes pour une approche fonctionnelle de l'ensemble des espaces.

3.3 Le changement dans les organisations

La nouvelle configuration ne peut être que globale comprenant un changement des organisations car architecture et fonctionnement sont étroitement liés. Une communication appropriée favorisera les résultats attendus en termes de qualité.

3.3.1 La communication managériale et l'accompagnement au changement des équipes

A) La communication

Le directeur se doit d'opter pour une stratégie de communication interne et externe pour conduire le changement en apportant des réponses aux questions que tout individu se pose en période de transition. Il initie des lieux d'informations et d'expression permettant d'éviter le stress de l'inconnu à la fois pour les personnels mais aussi pour les familles. Nonobstant les réunions du conseil de la vie sociale, des réunions de représentants des familles seront mises en place avec visites par petits groupes des nouveaux lieux d'accueil. Certains cadres du personnel auront délégation pour renseigner et faire visiter le nouveau bâtiment puis les unités restructurées.

Une délégation peut être donnée aux psychologues pour organiser des réunions ou groupes d'expression en fin de staff des personnels et à la demande des familles et proches des résidents en fin de journée. Au cours des réunions d'informations, seront dégagés tous retards de travaux, problèmes d'apports financiers ou de difficultés d'organisation mais en argumentant et en ayant des réponses en retour aux questions qui seront posées. La communication externe devra être poursuivie tout au long des différentes phases de la restructuration pour éviter tout malentendu relatif aux retards de travaux ou changements. La presse locale est un support d'information efficace. Les représentants locaux de la commune et des tutelles devront recevoir des comptes rendus réguliers en termes d'orientation, de respect des contraintes de sécurité et de gestion des

⁸⁹ Extrait : Préparation à l'entrée en institution, HAS : suivi Mars 2008 ;

ressources humaines. Une communication est toujours favorisée par les échanges et par l'écoute de son personnel.

B) L'accompagnement des personnels aux changements

- *Le management participatif.*

La restructuration d'un établissement oriente le processus d'action vers un management participatif. Dans ce cas, les collaborateurs participent activement à la conduite du changement portée par le directeur. Une coopération est indispensable pour obtenir les résultats escomptés à savoir : rassemblement de tous, autour d'objectifs communs préalablement définis.

Il est nécessaire d'avoir une adhésion des équipes pour préparer les changements d'organisation, de lieux. Cet acte est formateur et les relations humaines au sein des équipes sont améliorées. La communication n'est efficace qu'après avoir analysé quels sont les référentiels que les équipes pourront entendre. Le contenu des débats devra convenir et la légitimité des portes paroles⁹⁰ devra reposer sur une démarche stratégique réfléchie. Pour réduire la résistance aux changements, il faut travailler la mise en œuvre en préparant et formant les personnels. Il s'agit de favoriser la richesse des personnalités et des profils.

La réussite de la restructuration globale de l'établissement ne peut se faire sans quelques inconvénients. La lenteur des travaux et le coût demandent un investissement en temps et en moyens financiers supplémentaires. Le directeur-manager doit être auteur et acteur du changement et évaluer l'atteinte des objectifs et les réajuster si nécessaire. Il se doit de valoriser les potentiels du personnel et de faciliter leur capacité à s'adapter en permanence. La qualité de la prise en charge en dépend. Il s'agira également de mesurer l'impact de son pouvoir sur les autres et donc de valoriser le travail en équipe en distribuant clairement les délégations. Ainsi le directeur pourra se consacrer davantage à la dimension stratégique et aux priorités de sa mission.

De plus, le directeur devra régulièrement mais encore plus en période de restructuration, respecter la typologie managériale selon deux profils. En effet, il se doit être simultanément un manager projectif et un manager du quotidien car il gère les problèmes courants de l'établissement accueillant les résidents. Dans ce dernier cas, il devra s'appuyer sur les cadres de proximité afin de le soulager dans les tâches quotidiennes et se consacrer au projectif. Les responsables techniques de l'établissement pourront faire des comptes rendus de l'état d'avancement des travaux avec restitution journalière en réunion avec le directeur.

⁹⁰ Source : WEBER M.

Une délégation paraît indispensable aux cadres de santé qui ont en charge la répartition des effectifs de personnel au fur et à mesure des différentes phases de travaux. Enfin, pilotés par le directeur, les groupes de travail ont élaboré un planning prévisionnel⁹¹ car une restructuration induit des déménagements. La répartition des effectifs sera adaptée aux phases de travaux pour les personnels et pour les résidents, avec une étude de la charge de travail pour les AS AMP, ASH et les IDE. Les moyens supplémentaires avec l'attribution de nouveaux effectifs et l'apport de l'externalisation partielle du nettoyage seront développés.

- L'évolution des orientations de la formation.

Les directeurs d'institutions engagées dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées doivent réfléchir aux méthodes les plus appropriées pour procurer à leurs équipes les connaissances indispensables⁹².

Force est de reconnaître que face à une augmentation de la demande en soins, la pénurie de personnels persiste. Recruter du personnel formé et éviter une rotation trop rapide du personnel constitue un challenge pour les directeurs. Il apparaît fondamental de fournir une large base commune de connaissances à toute l'équipe de manière à faciliter la mise en application dans l'organisation des activités au-delà de la qualification professionnelle de base et des formations règlementaires (bienveillance, lutte contre la canicule, approche gestuelle...). L'une des suggestions appropriées peut être de mobiliser les ressources en compétences des médecins, infirmières et psychologues formés pour les autres membres d'équipe. Des groupes de paroles et des staffs peuvent être le lieu d'expression de cette formation de manière à tendre vers une culture « Alzheimer ». La transmission d'informations par l'infirmière référente est primordiale à l'arrivée de nouveau personnel et l'accessibilité aux supports de documents de transmissions ou de protocoles doit être facilitée. Enfin, l'adaptation de l'activité à chacun n'est pas forcément de refaire faire ce qu'il savait faire mais de motiver une occupation qui va le valoriser.

L'établissement Richard est engagé dans une politique de formation de tout le personnel depuis 2005 à la méthodologie de soin de Gineste-Marescotti⁹³ inscrite dans le plan de soins et le projet Alzheimer. Il s'agit de mettre en place auprès des équipes des réflexions soignantes dans le contexte de la philosophie de l'humanité. Il est rappelé aux soignants l'importance de la communication, du regard, du toucher, de la parole et le besoin de travailler en binôme auprès du résident.

⁹¹ ANNEXE VIII : Planning de répartition des résidents (nombre de lits) et des personnels au cours des étapes de la restructuration (en 5 tranches)

⁹² - DEMOURES G., SRUBEL D., 2006, *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*.

⁹³ MARESCOTTI R., GINESTE Y., 1995, « *philosophie de l'humanité* ».

Les responsables d'équipes mettent en place des toilettes évaluatives, des livrets d'histoire de vie et organisent les rythmes de travail centrés sur les besoins des résidents. Le directeur dynamise la réflexion et l'intègre dans les projets de vie et de soins. Enfin, la formation à l'ergo motricité induit une culture de la bientraitance qui complète les préconisations actuelles.

3.3.2 Le développement des relations et de l'implication des familles

Les groupes de paroles ou groupes d'expression sont en plein essor grâce à la mise en place des réunions de citoyenneté dans les EHPAD. Cette approche est le reflet des exigences de nos aînés en terme de respect de leur droit d'expression. Le directeur se doit de respecter ce droit et d'optimiser les relations avec les familles ou les proches des résidents. Bien plus que des modes d'expression, le développement de l'implication des familles est un support pour l'équipe et diminue la culpabilité des proches. Le bénévolat est un réel atout en période d'accompagnement d'activités sans pour autant se substituer aux moyens en personnels. La période de déménagement sera le moment opportun pour développer des relations par l'implication des proches des résidents

3.3.3 L'animation comme vecteur du projet de vie personnalisé : axes à améliorer

Afin de promouvoir l'animation pour le bien-être des résidents, avec un service animation conséquent, des axes d'amélioration seront adaptés par acteur et selon des besoins définis.

La difficulté est de trouver un juste équilibre entre le projet de vie personnalisé et les conditions de travail en collectif, bien que la volonté de l'établissement soit d'améliorer le partage du projet par tous les acteurs. Les difficultés de réalisation relèvent du temps et de l'organisation du travail. Il s'agit d'identifier par des tableaux de bord les occupations de chaque résident mais pas forcément des activités. Le respect du choix du résident est un droit essentiel.

L'EHPAD pourra répondre par sa nouvelle restructuration globale à l'évolution des animations et activités proposées par des pratiques professionnelles adaptées aux besoins des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Il s'agit de favoriser des ateliers « mémoire » spécifiques aux unités dédiées (atelier objets d'antan, cuisine thérapeutique, atelier sensoriel...). La musicothérapie, l'aromathérapie, la stimulation multisensorielle, la rééducation de l'orientation, la réminiscence therapy, la thérapie assistée d'animaux, les massages, la thérapie de présence simulée (vidéo familiale) et la luminothérapie pourraient améliorer certains aspects du comportement.

La mise en œuvre pourra être facilitée par l'utilisation du système d'information de l'EHPAD qui permet une mise en commun d'actes et d'informations de la part des

équipes pluridisciplinaires, sur le dossier de soins informatisé comprenant en plus du plan d'aide et de soins, la partie « projet de vie personnalisée ».

3.4 Le suivi financier : le plan de financement et le programme d'investissement en regard de la restructuration globale

Le Plan Alzheimer 2008-2012 prévoit un important programme d'investissement, subventionné par les crédits de modernisation de la CNSA, afin d'éviter que les aménagements entrepris pour les unités spécifiques Alzheimer ne se répercutent pas sur le prix de l'hébergement payé par les résidents et leurs familles. Ce Plan de modernisation permettra dans un premier temps, dès 2008-2009, l'adaptation de l'EHPAD. Le plan pluriannuel de financement (PPF) comprend différents apports. Un message fort a été adressé à la DDASS, au Conseil Régional et au Conseil Général qui a souhaité un engagement par différents niveaux de subventions dans le montage financier du projet global. Une part importante du financement a été apportée par la CNSA. La Mairie s'est engagée à faciliter la vente de différents terrains faisant partie du patrimoine de l'établissement afin de dégager une partie d'autofinancement. Enfin, des prêts à taux réduits ont été favorisés. Pour l'investissement dans les infrastructures, les conditions d'intervention de la CNSA sont fixées dans la circulaire PAI du 29 avril 2009

Nonobstant l'apparition des éléments financiers tôt dans les discussions (les demandes de subventions ont été faites lors de la phase APS⁹⁴), ils n'ont pu être débloqués qu'après avoir présenté le projet et démontré qu'une importante réflexion avait été menée. La validation de la convention tripartite a permis d'actualiser chaque année le Plan pluriannuel de financement. Il était également essentiel de montrer que tous les éléments du dossier avaient été pris en compte et notamment une négociation avec le Conseil Général des Yvelines a permis de ne pas augmenter le prix de journée au delà d'un seuil fixé à moins de 10% de plus que le prix initial (au total 49 euros). Une étude sur les surcoûts a donc été menée. Elle a pris en compte l'impact de la nouvelle organisation sur les charges d'exploitation l'enveloppe (groupe II, charges de personnels) et sur les dépenses de fonctionnement. En effet, le projet architectural doit s'accompagner d'une amélioration qualitative des prestations qui nécessite un renforcement des effectifs.

Ce travail technique a permis de montrer que le plan de financement prévisionnel et le programme d'investissement du projet de réaménagement étaient relativement équilibrés. Le changement de l'ensemble des organisations est valorisant et place l'EHPAD au cœur de sa dynamique d'amélioration de la qualité de la prise en charge du public accueilli.

⁹⁴ Avant Projet Sommaire

Conclusion

Les problématiques des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ne peuvent pas relever du même type de réponse que l'ensemble des personnes âgées.

Plusieurs éléments analysés démontrent que les solutions structurelles et institutionnelles doivent pouvoir assurer leur rôle essentiel d'accueil des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Une des missions du directeur est de garantir à ces personnes une prise en charge de qualité adaptée à tous les stades d'évolution de la maladie, seul moyen d'éviter les hospitalisations répétées. Cet accompagnement doit largement dépasser l'approche médicale par une dimension relationnelle et psychologique qui fait partie intégrante de ce que doit être le soin.

Les projets architecturaux constituent l'opportunité de replacer l'établissement Richard au cœur de ses missions car il interroge également le projet de soin et le projet de vie. Offrir un bâti adapté est une des premières réponses à apporter pour mettre en œuvre liberté, sécurité et projet de vie de la personne désorientée. Une restructuration globale peut améliorer les performances économiques et sociales de l'EHPAD grâce à l'optimisation des moyens financiers, logistiques ou humains.

Ce travail d'articulation entre le projet de soin et les projets architecturaux a permis d'insuffler une nouvelle dynamique en mobilisant les équipes vers un objectif commun. L'enjeu futur consistera à entretenir cette dynamique de groupe et à maintenir une gestion de l'EHPAD qui assurera les moyens en personnel pluridisciplinaire indispensables à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Si l'unité spécifique Alzheimer trouve toute sa place au sein d'un EHPAD, il apparaît indispensable d'innover avec d'autres formes de prise en charge en proposant l'unité de jour type ``PASA``. La démarche d'actions doit s'inscrire dans une continuité de projets d'accompagnement de la singularité de chaque personne accueillie en EHPAD. Une nouvelle réflexion devra être menée en terme d'ouverture de places d'accueils séquentiels de jour et de nuit. En effet, l'entrée en institution est facilitée par une intégration progressive par le biais d'accueils en hébergement temporaire. La création de lits d'urgence en concertation avec le Conseil Général et la DDASS pour en définir les tarifs, peut remédier à une partie de l'engorgement des urgences des services hospitaliers.

Nonobstant le changement de l'image institutionnelle de l'EHPAD Richard à Conflans Sainte Honorine, la poursuite à son terme d'un mouvement d'innovation permettra à l'établissement de s'adapter aux exigences nouvelles d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge de ces personnes.

L'application des recommandations et des bonnes pratiques préconisées devra être utilisée comme un des moyens d'avancer. Une révision annuelle du surcoût induit devra être programmée. Optimiser la qualité de la prise en charge par la restructuration d'EHPAD est une réelle ouverture pour l'accompagnement du résident atteint de la maladie d'Alzheimer et s'inscrit dans l'évaluation externe des établissements médico-sociaux à mettre en place. Il s'agit de répondre à ce défi de l'EHPAD en cohérence avec la réforme de la convergence tarifaire engagée.

Bibliographie

Ouvrages :

- DEMOURES G., SRUBEL D., 2006, *Prise en soin du patient Alzheimer en institution*
- DUCALET P, *penser la qualite dans les institutions sanitaires et sociales*, mars 2008, 3eme édition.
- VELLAS, B., J. L. Albarede, et al. (2002). « Convergences d'un groupe pluridisciplinaire d'experts français sur les unités de soins Alzheimer. » *La Revue de Gériatrie* 27: 509-19.
- MARESCOTTI R., GINESTE Y., 1995, « *philosophie de l'humanité* ».
- DUQUENOY-SPYCHALA, KARYNE *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer* - 2^{ème} éd. Ramonville : Erès, 2005. 106 p. Pratiques gérontologiques.
- CHALINE B. 2001, « *Unité d'accueil spécialisée Alzheimer* », manuel de conception architecturale
- MIRAMON JM., *Manager le changement dans l'action sociale*, édition ENSP 2001

Articles et revues :

- FONTAINE D., mars 2009, Fondation Médéric Alzheimer. *L'hébergement en unité spécifique Alzheimer en 2008* (seconde partie). La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.
- FONTAINE D., décembre 2008, Fondation Médéric Alzheimer, *Les places d'hébergement spécifiquement destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2008* (première partie). La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.
- FONTAINE D., septembre 2008, Fondation Médéric Alzheimer, *Etablissements d'hébergement accueillant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : état des lieux 2008*. La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.
- FONTAINE D., avril 2008, Fondation Médéric Alzheimer, *Les unités spécifiques Alzheimer. Quatre pistes pour une typologie*. La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.
- FONTAINE D., juin 2007, Fondation Médéric Alzheimer, *Les unités spécifiques Alzheimer au sein des hébergements collectifs*. La lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer.
- JEANDEL – PFITZENMEYER- VIGOUROUX (Rapport Avril 2006). *Un programme pour la gériatrie*.
- BANGA B., 2009, « création et aménagement d'une unité », *Décision santé* 254 (1) : 31-34

- RAINFRAY, M. (2006). "Recommandations pour les EHPAD accueillant des patients atteints de maladie d'Alzheimer." *Revue de Gériatrie* 31(1): 5-11.

Textes législatifs :

- Circulaire interministérielle DGAS/DSS/DHOS du 16 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer
- Circulaire Interministérielle n° DGAS/5B/DSS/1A12009/51 du 13 février 2009 relative aux orientations de l'exercice 2009 pour la campagne budgétaire des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Circulaire DHOS/O2/O1/DGS/MC3 n° 2008-291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012
- Circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/365 du 5 octobre 2007 *relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.*
- Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/N°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.
- DGS (2007). Direction Générale de la Santé - France-Alzheimer - *Association Francophone des Droits de l'homme âgé*
- (AFDHA). Alzheimer : *l'éthique en question*. Recommandations.
- DUTHEIL N., SCHEIDEGGER S., DREES. *Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées* N°515 Août 2006.
- PREVOT J., DREES. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 N° 689 • mai 2009
- INSERM, Expertise collective (2007). *Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux.* ,
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires –
- Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Autres textes de référence :

- Comité de Pilotage du Gérontopôle, Juillet 2008, Toulouse.
- Dr REVIERS, 2007, « *Unités spécifiques Alzheimer du département des Yvelines* » (CG 78) et DDASS 78, Schéma départemental 78
- BILODEAU.G, Texte inspiré de l'esprit et de la pratique quotidienne à la maison Carpe Diem.

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médicosociaux, 2009, Recommandation de bonnes pratiques : « *l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* ». Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées
- Haute Autorité de Santé, 2008. « *Prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées : suivi* »
- DGS, SFGG, Octobre 2007, *Troubles du comportement : conduite à tenir* (Les bonnes pratiques de soins en EHPAD)
- Plan Alzheimer 2008- 2012, Mesure 16, *Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux*
- DGAS. Mai 2009, *Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement.*
- MENARD, J. (Novembre 2007). *Propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Pour le malade et ses proches, chercher, soigner et prendre soin.*
- FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, Ministère des affaires sociales. 1999, *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante,*

Mémoires :

- HARTMANN JL., 2007, *restructurer un EHPAD pour accueillir un public émergent*
- HUGUENARD S., 2007, *accompagner le changement à l'occasion d'un projet de reconstruction*
- JAMMET Ph., 2006, *diversifier l'offre de services pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer*

Site internet :

- www.hospimedia.fr, consulté le 10 avril 2009
- www.fondation-mederic-alzheimer.org, consulté le 9 juin 2009
- www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers, consulté le 9 juin 2009
- http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip03fc.html?page=article&id_article=220, consulté le 9 juillet 2009
- <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesures/mesures-16.html>, consulté le 9 juillet 2009
- <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/news/Circulaire-relative-a-la-mise-en-oeuvre-du-volet-medico-social-du-plan-Alzheimer.html>, consulté le 24 août 2009

Liste des annexes

ANNEXE I : guide d'entretiens

ANNEXE II : synthèse du cahier des charges de la DGAS relatif aux PASA et UHR

ANNEXE III : extrait de la Grille AGGIR version 2008

ANNEXE IV : extrait du plan de l'EHPAD Richard, plan de l'espace dédié au PASA dans une partie aménagée d'une des salles d'activités

ANNEXE V : extrait du guide d'utilisation du modèle PATHOS délivré par la CRAM

ANNEXE VI : extrait du rapport du compte administratif 2008, répartition du tableau des ETP et évolution du GMP

ANNEXE VII : phasage des travaux

ANNEXE VIII : planning de répartition des résidents et des personnels au cours des étapes de la restructuration

ANNEXE I : guide d'entretiens

GUIDE D'ENTRETIEN

Sujet de mémoire : Comment la restructuration de l'EHPAD RICHARD permet une amélioration de la qualité de la prise en charge Alzheimer.

Je remercie les personnes qui contribuent à construire ce mémoire par leur point de vue structuré.

Questions

- 1 Quelle est la situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés à l'EHPAD Richard de Conflans Sainte Honorine (ou dans la structure ou sur le secteur d'intervention concerné par l'intéressé ?)
- 2 Quel est votre rôle dans les prises en charge de ces personnes ?
- 3 Selon vous, quelles sont les solutions à proposer pour améliorer l'offre de soins et de services en direction de ces personnes concernées ?
- 4 Quels en seraient les moyens et les conditions de mise en œuvre ?
- 5 Quels sont actuellement les forces et faiblesses de votre structure (ou de vos actions) ?
- 6 Quelle réflexion est-elle engagée sur la qualité architecturale dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Comment la restructuration et l'ouverture des chambres individuelles peuvent apporter une qualité de prise en charge de ces personnes concernées ?
- 7 En quoi la nouvelle unité spécifique Alzheimer permettra un séjour adapté à certaines personnes prises en charge dans l'EHPAD Richard?
- 8 Avez-vous un point complémentaire à aborder ou des éléments à rajouter ?

ANNEXE II : synthèse du cahier des charges de la DGAS relatif aux PASA et UHR

SYNTHESE DU CAHIER DES CHARGES RELATIF AUX POLES D'ACTIVITES et de SOINS ADAPTES (**PASA**) ET AUX UNITES d'HEBERGEMENT RENFORCE (**UHR**) POUR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE **EN EHPAD ET EN USLD** DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU D'UNE MALADIE APPARENTÉE ET PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT
(DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE MAI 2009)

Les PASA et les UHR (prévus par la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012) s'intègrent dans un projet d'établissement qui peut comporter d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d' Alzheimer ou d'une maladie apparentée,

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de :

- l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » (février 2009),
- la Haute autorité de sante (HAS) « Maladie d' Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » (à paraître en 2009), s'appliquent à ces deux types d'unités spécifiques,

Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein des PASA et UHR dont les principales caractéristiques sont :

- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.
- l'accueil (de 12 à 14 personnes) d'une population ciblée: personne atteinte de la maladie d' Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés pour les PASA et sévères pour les UHR.

	Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)	Les Unités d'Hébergement renforcées (UHR)
1. LIEU DE VIE	<ul style="list-style-type: none"> • pour la journée et non ouvert à un recrutement extérieur. • bénéficie d'un à plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptés par la personne concernée de l'EHPAD 	<ul style="list-style-type: none"> • pour nuit et jour • propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. • lieu d'hébergement séquentiel pour ces personnes. • accueille des personnes venant du domicile, de l'USLD ou de l'EHPAD dans lequel est situé l'UHR ou d'un autre établissement,

	PASA	UHR
2. POPULATION CIBLEE	<ul style="list-style-type: none"> résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux sévères qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents, provenant des unités dans lesquelles l'évaluation et le bilan des symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES (Inventaire Neuropsychiatrique, version Equipe Soignante) et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield. 	
3. CRITERES D'ACCUEIL OU D'ADMISSION	<ul style="list-style-type: none"> le diagnostic ait été pose et son annonce faite ; le consentement de la personne ait été activement recherché. L'adhésion de la famille ou de l'entourage proche est activement recherchée par l'équipe pour la participation de la personne aux activités. Un entretien est organise qui fait l'objet d'un compte rendu. Le livret d'accueil de l'EHPAD précise les modalités de fonctionnement. 	
		<ul style="list-style-type: none"> UHR : l' évaluation des troubles du comportement a été réalisée. critères d'admission et de sortie de l'unité d'hébergement renforcée sont inscrits dans le contrat de séjour et le livret d'accueil et font l'objet d'une validation par le médecin coordonnateur réunion des familles (indépendamment des réunions du Conseil de la vie sociale en EHPAD), si possible avec la présence de représentants d'associations de malades et de familles par trimestre
4. CRITERES DE REORIENTATION DES RESIDENTS		<ul style="list-style-type: none"> UHR : diminution ou la disparition des troubles du comportement pendant une période suffisamment longue décision prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire, sur avis du médecin coordonnateur après information de la personne
5. PROJET SPECIFIQUE	<p>DU POLE D'ACTIVITES ET DE SOINS ADAPTES</p> <p><i>modalités de fonctionnement avec:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ constitution de groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non) ; organisation des horaires avec repas du midi sur place, des déplacements des résidents entre leur unité d'hébergement et le pole d'activités, du déjeuner et des collations; procédure permettant de repérer les troubles du comportement, de les signaler et de décrire les méthodes de résolution. 	<p>DE L'UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCEE</p> <p><i>modalités de fonctionnement avec:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ constitution de groupes homogènes de résidents selon la nature des troubles du comportement (perturbateurs ou non) ; ➤ Chaque type d'activité est organisé au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

	<p>5.1 Accompagnement à effet thérapeutique</p> <p>L'unité propose des activités individuelles ou collectives (une fois par semaine dont le week-end) qui concourent : au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques, ...) ; des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage, ...) ; des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie,...) ; au maintien du lien social des résidents, (repas, art-thérapie,...).</p> <p>5.2 Accompagnement et soins appropriés</p> <p>Les principales techniques énoncées ci-dessous, qui concourent à la mise en œuvre du projet d'accompagnement et de soins, font l'objet, au sein de l'EHPAD, d'un protocole qui est suivi et évalué. Ces techniques portent sur :</p> <p>la prise en charge des troubles du comportement lors de la toilette, de la prise des repas, ... ; les stratégies alternatives à la contention et les règles à suivre si la contention s'avère indispensable; le suivi de l'évolution de la maladie et de l'apparition de nouveaux symptômes ; la bonne utilisation des thérapeutiques sédatives; la transmission des informations aux différentes équipes,</p>	
	<p>Accompagnement personnalisé de vie et de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>et/ou</i> le psychomotricien, en lien avec le médecin coordonnateur, le psychologue et l' équipe (sous prescription médicale), ➤ intégré dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement puis réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne. ➤ La synthèse et la transmission des informations concernant le résident sont mentionnées dans un dossier". 	<p>Accompagnement personnalisé de vie et de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si transfert d'un résident d'une unité traditionnelle vers l'UHR, il convient de s'assurer notamment que l'histoire de vie de la personne, ses habitudes de vie quotidienne (horaires de repas, de sommeil...) ainsi que ses goûts ont été recueillis afin de construire le projet personnalisé d'accompagnement et de soins. S'il s'agit d'une admission directe, ce recueil d'informations est à réaliser auprès de l'entourage et du médecin traitant. ➤ intégré dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement ; il précise: le rythme de vie de la personne, y compris la nuit ; les habitudes de vie lors des repas, de la toilette, des sorties... ; les activités thérapeutiques qui lui sont nécessaires ; les événements à signaler à la famille; la surveillance de l'état de santé: poids, comorbidités et problèmes de santé intercurrents, effets indésirables des médicaments... ➤ intégré dans le projet de vie de la personne au sein de l'établissement puis réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne. Les résidents qui ont des difficultés pour dormir la nuit bénéficient d'un accompagnement approprié, transmissions d'équipe ➤ Une procédure de signalement des événements et des situations complexes est mise en place, tout est mentionné dans un dossier ➤ Lors de la sortie du résident de l'UHR vers son unité d'origine ou son domicile, transmission de toutes les informations nécessaires pour une bonne prise en charge du malade par la nouvelle équipe soignante.

	PASA	UHR
6. PERSONNEL SOIGNANT INTERVENANT DANS LE POLE OU L'UNITE	<p>6.1 La qualité des professionnels</p> <p>Equipe dédiée composée:</p> <p>-d'un psychomotricien <i>et/ou</i> d'un ergothérapeute, - d'assistants de soins en gérontologie. L'un de ces professionnels doit être en permanence présent dans l'unité, d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et l'équipe.</p> <p>Les décisions prises lors de réunions d'équipe font l'objet d'une formalisation écrite.</p> <p>6.2 formation du personnel aux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - outils d'évaluation ; - techniques d'observation et d'analyse des comportements ; - techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ; -à la prise en charge des troubles du comportement (notamment aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux). 	<p>6.1 La qualité des professionnels</p> <p>Le médecin coordonnateur dans les EHPAD, pivot de l'équipe et permet de coordonner et de suivre le projet de soins et de vie spécifique de l'unité.</p> <p>Des réunions sont organisées en vue d'étudier les situations complexes avec décisions écrites (avis psychiatrique recherché).</p> <p>Equipe dédiée composée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un temps de médecin; d'un temps d'infirmier ; d'un temps de psychomotricien ou d'ergothérapeute ; d'un temps d'assistant de soins en gérontologie ; d'un temps de personnel soignant la nuit ; d'un temps de psychologue pour les résidents, les aidants et les équipes. <p>6.2 formation du personnel à:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'utilisation des outils d'évaluation (NPI-ES et échelle d'agitation de Cohen Mansfield) ; aux techniques d'observation et d'analyse des comportements ; aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades d'Alzheimer ou atteints de maladie apparentée ; à la prise en charge des troubles du comportement (nocturnement aux stratégies non médicamenteuses de gestion des symptômes psycho-comportementaux).
	De façon générale, l'ensemble du personnel intervenant dans l'unité est formé, notamment à la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs liés à la maladie. Il est sensibilisé à cet accompagnement afin de permettre la prise en charge des personnes, à la sortie, dans les meilleures conditions.	
	PASA	UHR
7. LA COORDINATION DES DIFFERENTS SERVICES		<ul style="list-style-type: none"> - nécessité d'une coordination active entre différentes structures sanitaires et médico-sociales sous l'impulsion du médecin coordonnateur en EHPAD. <p>En fonction de l'offre disponible sur le territoire, l'établissement qui crée une unité d'hébergement renforcée dispose d'une convention de partenariat avec:</p> <ul style="list-style-type: none"> - une équipe psychiatrique publique ou privée, les partenaires de la filière gériatrique (service de court séjour gériatrique, unité cognitive-comportementale, équipe mobile de gériatrie, ...), un ou d'autres EHPAD ou USLD.
8. L'ENVIRONNEMENT ARCHITECTURAL	<p>L'environnement architectural est le support du projet de soins et d'activités adaptées énoncé précédemment. Il répond à 3 objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -créer pour les résidents un environnement confortable, rassurant et stimulant, -procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable, -offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles. 	

8.1. Généralités concernant un environnement architectural sur et rassurant

Chaque unité, conçue pour accueillir 12 à 14 résidents, est aisément accessible depuis les lieux d'hébergement de l'EHPAD pour le PASA et est à la fois un lieu de vie, de soins et d'activités pour l'UHR.

La sécurité des résidents qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel, est par ailleurs facilitée par une conception architecturale qui évite le sentiment d'enfermement.

La mise en place de mesures de sécurité ne doit pas aller à l'encontre de la liberté d'aller et venir des personnes accueillies ainsi que l'énoncent les règles éthiques en matière de prise en charge des malades Alzheimer, mais, bien entendu, dans le respect des normes de sécurité en vigueur. Cette recherche de sécurité doit permettre de conserver le caractère accueillant de la structure.

Chaque unité dispose:

- d'une entrée adaptée,
- d'un espace salon dédié au repos et à certaines activités collectives,
- d'un espace repas avec office,
- d'au moins deux espaces d'activités adaptées,
- de deux WC dont un avec douche,
- des locaux de service nécessaires au fonctionnement de l'unité,
- d'un jardin ou d'une terrasse.

Et en plus pour l'UHR : d'espaces privés, d'une salle de bains bien être.

➤ La conception architecturale de l'unité qui traduit les choix préalables du programme d'activités thérapeutiques (et du projet de vie en UHR) doit :

favoriser un **environnement convivial et non institutionnel** de façon à protéger le bien-être émotionnel, réduire l'agitation et l'agressivité des résidents, prendre en compte la nécessité de créer un environnement qui ne produise pas de sursimulations sensorielles excessives pouvant être génératrices de troubles psychologiques et comportementaux.

8.2. Un environnement qui favorise le confort et l'usage

D'un caractère familier et convivial, l'architecture de l'unité répond à une qualité d'usage des espaces et des équipements facilitant le travail des personnels. Elle permet des activités quotidiennes rappelant celles du domicile associées à des soins adaptés. Un soin particulier est porté à la **lumière naturelle**, à la nature des **matériaux utilisés**, à l'entretien et au **confort acoustique** des lieux.

8.3 Un environnement qui favorise l'orientation et qui contient la déambulation

La déambulation est gérable par un accompagnement et des réponses architecturales adaptés pour faciliter l'orientation et la circulation des résidents. L'organisation des espaces de l'unité permet une **circulation libre et sécurisée des résidents déambulant**. Dans le cas de la création de l'unité par une construction neuve ou par l'aménagement d'un espace existant, la circulation des résidents déambulant doit pouvoir s'effectuer au sein des différents espaces de l'unité sans créer de couloir ou de boucle dédiés à la déambulation,

8.4 Un environnement qui répond à des besoins d'autonomie et d'intimité

Il convient de faciliter l'accès des résidents aux WC qui doivent être aisément identifiables par leur situation et par leur **signalisation**. Un environnement sécurisé est nécessaire en UHR où un soin particulier sera apporté à certains équipements qui peuvent présenter des risques (radiateurs, fenêtres).

	<p>8.5 Les aspects réglementaires</p> <p>> en matière d'accessibilité : l'unité répond à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtes du 1^{er} août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation). Toutefois, pour répondre à des aspects de confort d'usage, la conception de l'unité tient compte des besoins spécifiques des personnes accueillies,</p> <p>> en matière de sécurité incendie : l'unité répond à la réglementation ERP de type J pour les EHPAD (arrêtes du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie) et type U pour les USLD.</p> <p>8.6 Les principaux espaces nécessaires au fonctionnement de l'unité</p> <p>-L'entrée :</p> <p>Espace de transition avec l'extérieur de l'unité, la conception de l'entrée de l'unité fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes,</p> <p>-Les espaces extérieurs</p> <p>Que l'unité soit située en rez-de-chaussée ou en étage, elle doit s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisée. Cet espace est librement accessible aux résidents.</p> <p>-Les espaces de services</p> <p>L'unité dispose des locaux de services nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale...</p>	
	PASA	UHR
	<p>-Les espaces de convivialité et de vie sociale :</p> <p>L'unité dispose d'un espace repas avec office, d'un espace salon et d'au moins deux espaces pour permettre aux personnes accueillies de bénéficier d'activités individuelles ou collectives. La prise de repas dans l'unité permet de limiter les déplacements des résidents à l'extérieur.</p> <p>-Les espaces d'activités et de soins :</p> <p>Au moins deux espaces sont prévus pour réaliser des activités thérapeutiques. Ils répondent à un usage pour 3 ou 4 résidents maximum ou à un usage individuel. S'il s'agit d'une création de pôle, il convient d'éviter le caractère polyvalent de ces espaces afin qu'ils soient des éléments de repérages pour les résidents qui les utilisent. Ces espaces qui répondent au projet thérapeutique du pôle peuvent être différents selon les établissements. A titre d'exemple il s'agit:</p> <p>-soit d'un espace pour activités manuelles: peintures, modelage, ... -</p>	<p>-Les espaces de convivialité et de vie sociale :</p> <p>L'unité devra disposer d'espaces collectifs : un espace repas avec office, un espace salon et d'au moins un espace pour permettre aux personnes accueillies dans l'unité de bénéficier d'activités individuelles ou en petit groupe. Ces espaces sont géographiquement séparés des espaces de vie privée pour permettre une distinction des lieux de vie privés et des lieux de soins et d'activités.</p> <p>-Les espaces d'activités et de soins :</p> <p>L'UHR dispose d'au moins un espace d'activités et de soins permettant de stimuler les personnes accueillies dans l'unité qui devra répondre à un usage pour 3 ou 4 résidents maximum ou à un usage individuel.</p> <p>Ces espaces doivent répondre au projet thérapeutique de l'UHR et peuvent être différents selon les établissements, A titre d'exemple il s'agit :</p> <p>-soit d'un espace pour activités manuelles: peintures, modelage, ... - soit, d'un espace pour activités de musicothérapie, - soit, d'un espace d'activités physiques, -soit, d'un espace multi-sensoriel, - soit, d'un espace de soins et de «bien-être», - soit, d'un espace de jeux, -autre</p>

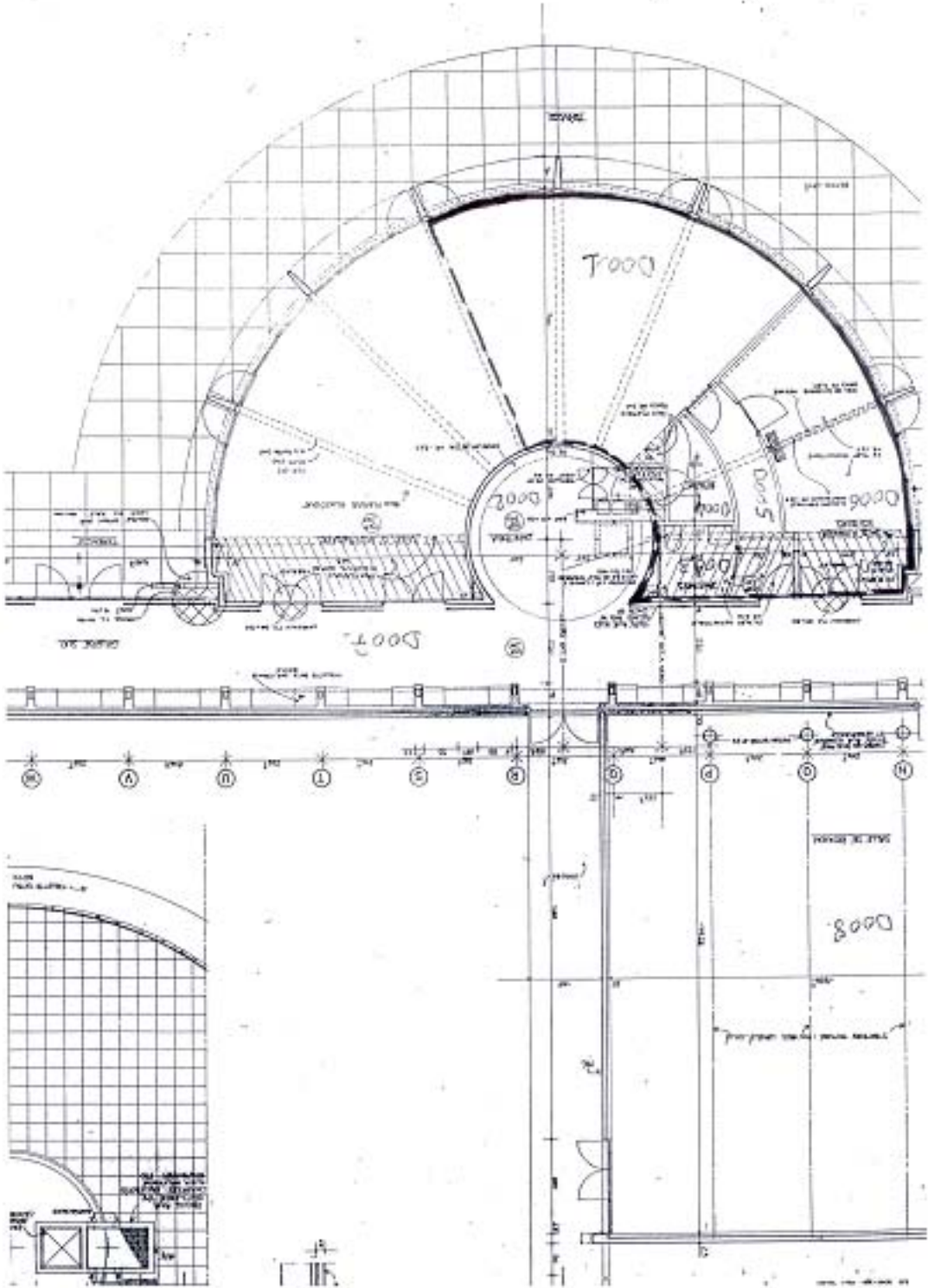
	<p><i>soit</i>, d'un espace pour activités de musicothérapie, - <i>soit</i>, d'un espace d'activités physiques, -<i>soit</i>, d'un espace multi-sensoriel, - <i>soit</i>, d'un espace de soins et de «bien-être», - <i>soit</i>, d'un espace de jeux, -autre</p>	<p>- Les espaces privés</p> <p>Chaque résident dispose d'un espace privé qui doit faciliter les relations avec sa famille et son entourage. L'espace privé doit être accessible et permettre une circulation aisée des personnes. Il requiert une surface suffisante pour permettre de moduler son organisation en fonction de la perte d'autonomie de la personne et de son évolution.</p> <p>-L'espace commun de bain, de soins et de « bien-être »</p> <p>L'UHR dispose d'un espace de soins et de «bien être » visant à stimuler les personnes accueillies et favoriser la relaxation, l'exercice ou les massages.</p>
--	---	--

ANNEXE III : extrait de la Grille AGGIR version 2008

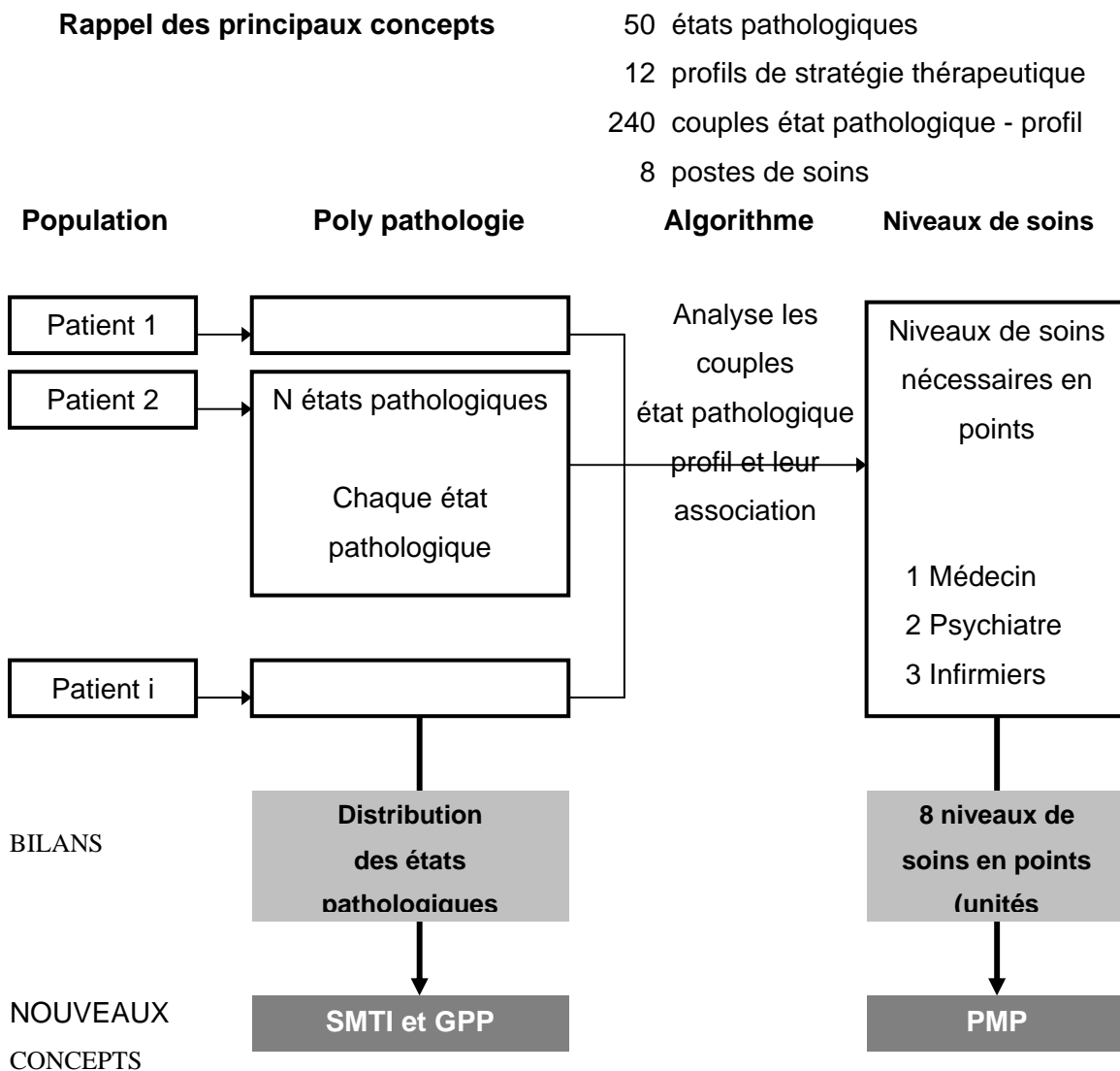
Grille aggir vierge avec adverbes (AG)

GRILLE AGGIR AVEC ADVERBES					
Maison de retraite La Madeleine 2 Boulevard Richard Gaudier 78702 CONFLANS SAINTE HONORINE 01 34.90.44.44 : Tél - Fax : 01 34.90.45.67 Code Iness : 780701041	<u>Au 04/06/2009</u> Nom et prénom : _____				
Médecin traitant :	Date naissance : ___/___/_____				
	<u>Pas spontanément</u>	<u>Pas totalement</u>	<u>Pas correctement</u>	<u>Pas habituellement</u>	
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se lever, se coucher, s'asseoir
Déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant, etc.
Hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurer la toilette du haut du corps
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurer la toilette du bas du corps
Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurer l'hygiène de l'élimination fécale
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut (S'habiller, se déshabiller, se présenter)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moyen (S'habiller, se déshabiller, se présenter)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bas (S'habiller, se déshabiller, se présenter)
Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se servir
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manger les aliments préparés
Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se conformer à l'ordonnance du médecin
Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Effectuer l'ensemble des travaux ménagers
Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Communication à distance : Utiliser le téléphone, l'alarme, la sonnette
Déplacement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déplacement à l'extérieur à partir de l'entrée sans moyen de transport
Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utiliser un moyen de transport
Activités de temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurer des activités qui permettent de rompre la monotonie du quotidien
Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acquisition directe ou par correspondance de biens
Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gérer ses propres affaires, son budget et ses biens
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se repérer dans le temps et les moments de la journée
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se repérer dans l'espace et dans les lieux
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Communiquer de façon logique et sensée
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se comporter de façon logique et sensée
Commentaires					

ANNEXE IV : extrait du plan de l'EHPAD Richard, plan de l'espace dédié au PASA dans une partie d'une des salles d'activités aménagée



Le modèle PATHOS



Tous ces éléments permettent l'analyse **quantitative et qualitative** de l'état de santé d'une population, et des moyens à mettre en œuvre pour prendre en charge cette population. Les nouveaux concepts (SMTI et PMP) sont intégrés aux logiciels institutionnels (ARGOSS et GALAAD), avec AGGIR et l'outil SOCIOS depuis la fin de l'année 2003.

ANNEXE VI : extrait du rapport budgétaire 2008, répartition des effectifs et évolution du GMP

a/ L'évolution des recrutements de personnels

Les effectifs autorisés en personnel sont passés de 133.20 en 2008 à 140.8 Equivalent temps plein (ETP) en 2009 et se répartissent comme suit :

Effectif réel au 31/12/08 en ETP	Année 2007		Année 2008	
	Prévisionnel	REEL	Prévisionnel	REEL
Administration	8.5	7.90 *	8.50	8.6
Services Généraux	16.6	15.80	16.60	16
Animation	3.5	3	3.50	4
ASHQ	44.25	45.3	44.25	44.30
Remplacement			7.55	
AS / AMP	42	42	42	42.80
Remplacement			4.20	
Psychologue	1.1	1	1.1	0.50*
IDE	13	13.40	18.00	16.80*
Remplacement			1.80	
Kinésithérapeute/Diét.Ergo.Orth.Pédoc.	2	2	3.50	3
Pharmacien/Prép.Pharmacie	1	1	2.80	2,80
Médecins	1.35	1.80	2.00	2
TOTAL	133.30	133.20	142.25	140.80
TOTAL Remplacement			13.55	

b/ L'évaluation de la dépendance selon la grille AGGIR va évoluer avec la mise en place de nouveaux indicateurs⁹⁵.

Grille AGGIR	2006	2007	2008
Gir 1	56	56	52
Gir 2	69	72	75
Gir 3	15	15	20
Sous Total	140	143	147
Soit taux de	71%	73%	75%
Gir 4	43	44	39
Gir 5	8	9	10
Gir 6	6		1
Sous Total	57	53	50
Total résidents	197	196	197
GMP⁹⁶	733	750.56	746.95

Ce tableau retrace le taux de la dépendance très fort dans cet établissement lors de l'évaluation annuelle, le nombre de journées facturées dans chaque GIR évoluant en fonction des entrées, des sorties et des hospitalisations qui se produisent en cours d'année. On constate une évolution régulière de la dépendance.

⁹⁵ Annexe 4 : Modèle nouvelle grille AGGIR

⁹⁶ GMP : le GIR moyen pondéré est le niveau moyen de dépendance des résidents d'un établissement. Il détermine le niveau des moyens qui seront accordés. Si le GMP est supérieur à 300, la structure est classée EHPAD.

ANNEXE VII : phasage des travaux

RETRO PLANNING PREVISIONNEL 2009 – 2011

Phase de transfert dans le bâtiment neuf	Fin 2009	
Ouverture du bâtiment neuf	Fin septembre	Transfert de 52 résidents
Préparation (1 mois)	octobre	
1ere tranche de restructuration (pour 4 mois et demi)	Début novembre à février 2010	Fermeture de XX chambres dont xx résidents
Déménagement (1 mois)	Février 2010	
2^{eme} tranche de restructuration (pour 2 mois et demi)	Fin février à mai 2010	Fermeture de XX chambres dont xx résidents
Déménagement (1 mois)	juin 2010	
3^{eme} tranche de restructuration (pour 2 mois et demi)	Juillet à mi septembre	Fermeture de XX chambres dont xx résidents
Déménagement (1 mois)	Mi octobre 2010	
4^{eme} tranche de restructuration (pour 3 mois et demi)	Mi octobre à janvier	
Déménagement (1 mois)	Mi février 2011	
5^{eme} tranche de restructuration (pour 3 mois et demi)	Mi mars à juillet	Fermeture de XX chambres dont xx résidents
Fin des travaux (total de 17 mois)	Juillet 2011	

Les critères d'attribution des chambres du bâtiment neuf sont choisis par le médecin coordonnateur et les cadres paramédicaux. Les résidents orientés et cohérents seront au rez de chaussée. A l'étage, les résidents ne seront pas ceux de l'unité Alzheimer fermée. A l'étage, on évitera les résidents déambulants. L'attribution des chambres du bâtiment neuf sera définitive et selon les principaux critères suivants : les besoins médicaux, en oxygène, d'isolement et des besoins spécifiques. Après consultation des résidents, la liste des résidents transférés sera présentée au directeur.

ANNEXE VIII : Planning de répartition des résidents (nombre de lits) et des personnels au cours des étapes de la restructuration (en 5 tranches)

EFFECTIFS PAR TRANCHES JUIN 2009						
	TRANCHE 1	TRANCHE 2	TRANCHE 3	TRANCHE 4	TRANCHE 5	SITUATION DEFINITIVE
	NBRE AGENTS	NBRE AGENTS	NBRE AGENTS	NBRE AGENTS	NBRE AGENTS	NBRE AGENTS
MONET	39 LITS	39 LITS	17 LITS	19 LITS	34 LITS	34 LITS
MATIN 7 H 14 H 45	4 + CAE	4	2	2	4	4
SOIR 13 H 50 21 H 10	3	3	2	2	3	3
HOTELIERE 8 H 15 H 50	1	1	1	1	1	1
NUIT 21 H 7 H	1	1	1	1	1	1
PISSARRO	39 LITS	39 LITS	17 LITS	19 LITS	34 LITS	34 LITS
MATIN 7 H 14 H 45	5	4	2	2	4	4
SOIR 13 H 50 21 H 10	3	3	2	2	3	3
HOTELIERE 8 H 15 H 50	1	1	1	1	1	1
NUIT 21 H 7 H	1	1	1	1	1	1
VAN GOGH	27 LITS	55 LITS	55 LITS	52 LITS	25 LITS	36 LITS
MATIN 7 H 14 H 45	3	5	5	5	2	4
SOIR 13 H 50 21 H 10	2 + CAE	4	4	4	2	3
HOTELIERE 8 H 15 H 50	1	1	1	1	1	1
NUIT 21 H 7 H	1	1	1	1	1	1
UTRILLO	47 LITS	26 LITS	48 LITS	49 LITS	45 LITS	41 LITS
MATIN 7 H 14 H 45	5 + CAE	3	5	5	5	4
SOIR 13 H 50 21 H 10	4	3	4	4	3	3
HOTELIERE 8 H 15 H 50	1	1	1	1	1	1
NUIT 21 H 7 H	1	1	1	1	1	1
RENOIR	46 LITS	26 LITS	47 LITS	46 LITS	47 LITS	39 LITS
MATIN 7 H 14 H 45	5	3	5	5	5	4
SOIR 13 H 50 21 H 10	3	2	3	3	3	2
HOTELIERE 8 H 15 H 50	1	1	1	1	1	1
NUIT 21 H 7 H	1	1	1	1	1	1
UNITE ALZHEIMER		13 LITS	13 LITS	13 LITS	13 LITS	13 LITS
MATIN		3	3	3	3	3
SOIR		2	2	2	2	2
HOT		1	1	1	1	1
NUIT		1	1	1	1	1
MOBILITE INFIRMIERE EN FONCTION DE LA CHARGE EN SOINS TECHNIQUES (SIIPS ET PATHOS)						