

**Université René Descartes – Paris V
Faculté Cochin – Port Royal**

**L'AVIS DU MEDECIN COORDONNATEUR SUR
LA VETUSTE DES EHPAD ET LEUR
REHABILITATION**

Docteur Caroline GOACHET- Docteur Frédéric LIGER

MEMOIRE

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

Année 2010 – 2011

Directeur de mémoire : Docteur Serge Reingewirtz

SOMMAIRE

Introduction	Page 1
1 Normes actuelles	Page 2
1.1. Les normes de sécurité	
1.1.1 L'évacuation sanitaire	
1.1.2 La sécurité incendie	
1.1.3 L'accès aux handicapés	
1.1.4 La gestion des urgences	
1.1.5 Prévention des chutes et des fugues	
1.2 Bien-être des résidents	
1.2.1 Le bien-être de l'équipe soignante	
1.2.2 La chambre du résident	
1.2.3 Le salon et la salle à manger	
1.2.4 L'environnement extérieur	
1.2.5 L'affichage et la signalisation	
1.2.6 Une salle de gymnastique	
1.3 Bien-être des soignants	
1.3.1 La salle de soins	
1.3.2 L'architecture générale de l'EHPAD	
1.3.3 La salle de réunion	
1.4 L'hygiène en EHPAD	
Conclusion	
2 Les résidences sont-elles adaptées ? Etat des lieux en fonction des nouvelles normes.	Page 8
2.1 Les locaux et équipements	
2.1.1 Age des EHPAD	
2.1.2 Etat des équipements	
Accessibilité	
Moyens de sécurité et de surveillance	
2.1.3 Prise en charge spécifique	
2.1.4 Les déserts médicaux	

- 2.2 Les types d'hébergement : maisons de retraite, USLD, foyers logements
 - 2.3 Les chambres et les appartements
 - 2.4 Proximité
 - 2.5 Pathologies et perte d'autonomie des personnes âgées en établissement d'hébergement
- Conclusion

3 Retentissement actuel sur les résidents et les soignants

Page 11

3.1 Sur les résidents

- 3.1.1 Retentissement de la vétusté globale
- 3.1.2 Chambre peu conviviale
- 3.1.3 La salle de bains du résident non adaptée
- 3.1.4 Le bruit
- 3.1.5 La lumière et la couleur
- 3.1.6 La température ambiante
- 3.1.7 L'absence d'accessibilité
- 3.1.8 L'isolement géographique
- 3.1.9 Les contraintes sécuritaires ou leur négligence
- 3.1.10 L'absence de jardin

Conclusion

3.2 Sur les soignants

page 19

- 3.1.1 Les locaux, les chambres, les salles de bains
- 3.1.2 Le travail auprès des résidents
- 3.1.3 Les chutes
- 3.1.4 Le stress et les facteurs psycho-sociaux
- 3.1.5 Les facteurs infectieux

Conclusion

4 Retentissement des travaux sur les résidents et les soignants

Page 23

4.1 Retentissement des travaux sur les résidents

- 4.1.1 La délocalisation
- 4.1.2 La nécessité de conserver les accès
- 4.1.3 Le bruit
 - 4.1.3.1 L'audition
 - 4.1.3.2 Les conséquences visuelles du bruit
 - 4.1.3.3 Le stress
 - 4.1.3.4 La fatigue et la dépression

4.1.3.5 Les perturbations cognitives

4.1.4 Le bouleversement des repères

4.1.5 Les pollutions ambiantes

4.1.5.1 Les agressions respiratoires

4.1.5.2 Les agressions visuelles et ORL

4.2 Retentissement des travaux sur les soignants

5 Existe-t-il des études du médecin coordonnateur sur ce sujet ?

Page 25

6 Suggestion d'un questionnaire au médecin coordonnateur et au directeur des EHPAD

Page 26

Conclusion

Page 32

Bibliographie

Résumé

Mots clés

INTRODUCTION

Les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes connaissent aujourd'hui la troisième période de leur adaptation à l'évolution des besoins exprimés par la personne âgée et sa famille.

Après le temps de l'humanisation des hospices, puis celui de la médicalisation, voici le temps de la réforme de la tarification, qui doit être en même temps celui de la refondation éthique de ces établissements.

De pensionnaires sans droit, les résidents se voient progressivement comme des résidents ayant droit à la parole et être représentés par leur famille et les Conseils de la Vie Sociale. De passifs, on les considère comme actifs au sein de l'EHPAD tout en sachant que leur dépendance ne va cesser de croître et leurs facultés intellectuelles vont se dégrader

Le médecin coordonnateur est en relation directe avec les résidents, l'équipe soignante dans sa totalité, ainsi qu'avec la direction de l'établissement. Il est donc un observateur privilégié et son avis sur la conception d'un EHPAD peut être précieux pour améliorer celui-ci ou participer à la décision de sa reconstruction s'il s'aperçoit que la nature même du bâtiment ne donne pas satisfaction aux résidents, rend les conditions de travail des soignants difficiles, et peut nuire à la sécurité de tous.

Avant de développer notre exposé, il faut rappeler trois points importants :

- L'EHPAD est avant tout un lieu de vie où on soigne et non pas un lieu de soin où l'on vit,

- la durée de vie d'un EHPAD est d'une trentaine d'années,

- la refonte **totale** d'un EHPAD existant ne se fait pratiquement pas, car les travaux sont tellement chers et contraignants que l'on préfère reconstruire ailleurs.

Tout le monde est en fait impliqué dans la vie de l'EHPAD et on peut résumer, pour la commodité de notre exposé, la situation de la manière suivante:

- le médecin coordonnateur peut de par sa fonction « collecter » auprès des résidents et des soignants tout ce qui doit être amélioré, rénové ou réaménagé pour le bien de tous.

- le directeur peut, de par sa fonction, signaler tout ce qui lui semble obsolète ou devenu inapproprié.

Nous verrons donc les normes actuelles retenues pas les ARS, puis nous ferons l'état des lieux des maisons de retraite en fonction de ces normes. Nous étudierons le retentissement de la vétusté sur les résidents et les soignants. Une fois les problèmes posés, nous serons en mesure de réaliser un questionnaire sur la vétusté et l'inadaptation des locaux qui sera destiné aux médecins coordonnateurs et aux directeurs.

Selon que l'on est médecin ou directeur, la vision des priorités ne sera peut être pas toujours la même. Nous essaierons de classer en trois catégories par ordre décroissant 1 (très prioritaire ou immédiat), 2 (prioritaire ou différé), 3 (moins prioritaire ou à plus long terme). Ces priorités concernent soit le directeur soit le médecin.

1 - NORMES DE BASES AUXQUELLES DOIVENT REpondre LES EHPAD

Il existe à l'heure actuelle de nombreuses règles spécifiques et de dispositions réglementaires pour les établissements accueillant du public, des personnes âgées, et des handicapés (étiquetés : type J) et comportant des locaux d'hébergement. Ces dispositions figurent dans de nombreux arrêtés. Sans énumérer tous ces articles et arrêtés, nous reprendrons ici les assujettissements auxquels sont soumis les EHPAD.

1.1 Les normes de sécurité:

Pour bien vivre en EHPAD, il faut d'abord y vivre en sécurité, et, en cas d'urgence médicale ou d'urgence « de masse » générée par une catastrophe, il faut que les résidents puissent être évacués individuellement ou à plusieurs, et tout doit être accessible **très rapidement sans obstacle**.

1.1.1 L'évacuation sanitaire:

Si l'on se réfère à la législation relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, on trouve un nombre très important d'articles relatifs à l'accès de l'établissement, à l'existence d'espaces qui doivent être libres de tout obstacle, aux dimensions réglementaires des couloirs etc...

Ceci est une priorité de type 1 pour le directeur et un problème d'expert (pompiers etc...) .Mais, de la bonne qualité de l'évacuation sanitaire dépend naturellement la gestion des

urgences. Ce sera donc une priorité importante pour le médecin, mais plutôt de type 2 par rapport au directeur.

On peut dire qu'un EHPAD dont l'accessibilité générale est difficile, et, n'offrant donc pas les garanties d'évacuation optimale, devrait être fermée et reconstruite ailleurs.

1.1.2 La sécurité incendie:

L'EHPAD doit répondre aux normes de type J. Ces normes concernent les établissements accueillant plus de 25 personnes âgées en perte d'autonomie et plus de 20 personnes en situation de handicap. C'est en fait une priorité de type 1 pour le directeur, car si cette norme n'est pas satisfaite, l'EHPAD ne peut pas recevoir de résident.

1.1.3 L'accès aux handicapés dans les établissements de type J (MR.38)

Seules les dispositions réglementaires spécifiques aux établissements comportant des locaux d'hébergement seront reprises dans ce chapitre. Les chambres doivent être aménagées et accessibles aux personnes handicapées. La salle d'eau de la chambre doit aussi être accessible et aménagée. S'il n'existe pas de salle d'eau privative, une salle d'eau à l'étage est obligatoire. Les douches et les WC doivent être adaptés si les locaux accueillent des personnes présentant un handicap moteur. S'il existe de multiples niveaux, les ascenseurs sont obligatoires.

Puis les dispositions réglementaires pour les personnes handicapées font le point sur les caractéristiques dimensionnelles des chambres.

1.1.4 La gestion des urgences:

Elle est liée à l'évacuation sanitaire et c'est une priorité de type 1 pour le directeur. Mais, vu sous l'angle de l'évacuation pour urgence médicale ou chirurgicale c'est aussi une priorité de type 1 pour le médecin. En cas d'implantation d'un nouvel EHPAD, la proximité d'un hôpital, des pompiers sera primordiale. Outre l'architecture du bâtiment, son implantation doit être judicieuse et l'EHPAD bien signalé.

1.1.5 Prévention des chutes et des fugues:

Il faut, lors de la visite d'accueil des résidents, prévenir la famille que les chutes et les fugues peuvent continuer de se produire en EHPAD, car la dégradation intellectuelle et physique continueront au cours du temps, mais, il faut démontrer à la famille et aux résidents que tout est fait dans l'établissement pour limiter ces risques au maximum. Les chutes et les fugues

sont une préoccupation majeure pour le médecin coordonnateur et son équipe. La prévention de ces risques est donc une priorité de type 1 pour le médecin.

En ce qui concerne les chutes:

- Il faut des ascenseurs plutôt que des escaliers, chaque fois que cela est possible
- Il faut des couloirs larges et bien éclairés munis de mains courantes
- Un revêtement de sol qui ne soit pas lisse et glissant
- Des mains courantes dans les chambres, les toilettes et dans toutes les pièces à vivre
- Une architecture générale de l'édifice qui soit fluide et simple où il est facile de se repérer.

En ce qui concerne les fugues:

- Une architecture là aussi également fluide ne comportant pas de recoins de couloirs borgnes sera importante.
- La clarté intérieure et l'existence de baies vitrées permettront également au personnel soignant de surveiller les allées et venues des résidents, sans « en avoir l'air ».
- Autres mesures préventives des fugues: les bracelets électroniques, les avertisseurs sonores dès que le patient quitte son lit etc..., mais on sort ici du cadre de l'exposé et on se heurte à des problèmes d'éthique.

L'EHPAD doit être sécurisée au maximum pour démontrer qu'on prend à cœur le problème de la maltraitance, mais doit rester un lieu de vie qui préserve l'intimité, la dignité et la liberté du résident.

1.2 Le Bien-être des résidents

C'est une priorité de type 1 pour le médecin coordonnateur et son équipe car l'EHPAD est un lieu de vie et parce que le bien-être du résident est certainement le premier élément préventif de la maltraitance. Plusieurs conditions sont nécessaires à ce bien-être.

1.2.1 Le bien-être de l'équipe soignante:

Nous développerons ultérieurement ce point, mais il est logique de penser qu'une équipe soignante « bien dans son EHPAD », sera plus à l'écoute de ses résidents et sera plus à l'aise pour lutter contre la Maltraitance.

1.2.2 La chambre du résident:

C'est l'intimité du résident, et il doit y être « chez lui » cette pièce doit obéir à plusieurs impératifs:

- Etre conforme aux normes des ERP: faciles à évacuer en cas de besoin, pouvoir recevoir une personne handicapée en fauteuil à tout moment.
- La chambre doit être agréable et apaisante: d'une taille suffisante pour que le résident puisse y amener des effets personnels, quelques mobiliers ou bibelots lui permettant d'être chez lui. Les murs doivent être clairs et l'éclairage suffisant.

Ceci limite le risque de chute chez une personne qui peut être n'y voit plus trop bien, et une clarté non agressive est apaisante et propice à la « décoration » personnalisée en fonction du vécu et des souvenirs de chacun.

- Ajoutons que cette chambre doit être équipée de matériaux et de literie anti-feu et être correctement insonorisée.

1.2.3 Le salon et la salle à manger :

Ces pièces sont importantes dans la mesure où elles représentent la vie sociale du résident Il faut donc un salon où les résidents se retrouvent quand ils le souhaitent pour s'adonner à toutes sortes d'activités déléguées généralement à un ou une animatrice. Là aussi un beau volume de couleur claire et bien éclairé sera nécessaire ainsi que les normes de sécurité classiques.

Une salle à manger pour prendre repas en commun avec les autres résidents et, le cas échéant les familles sera également une nécessité.

Le salon et la salle à manger permettent de garder un lien social et permettent aussi de lutter contre l'ennui, source de dépression et de « glissement » Ces pièces doivent être claires spacieuses équipées des dispositifs anti-chute en vigueur.

1.2.4 L'environnement extérieur

Si possible, il faut un jardin, pour plusieurs raisons

- Le jardin ou mieux, le parc représente le **premier contact** que le résident va avoir avec l'EHPAD
- Les activités de jardinage, les plantes les oiseaux, quelques animaux font partie de l'environnement naturel de bon nombre de personnes âgées

- Le jardin, quand il fait beau permet aussi de s'adonner à une activité physique, d'avoir un petit moment d'intimité supplémentaire avec un membre de la famille.

Ce jardin doit répondre à quelques critères de sécurité:

- Il doit comporter peu ou pas de dénivelé pour éviter les chutes
- Il doit être discrètement clos pour éviter les « sorties de l'établissement »
- Il ne doit pas être un labyrinthe
- Il ne doit pas comporter de plantes toxiques ni allergisantes.

1.2.5 L'affichage et la signalisation

Qu'il s'agisse de la salle de restaurant, du salon, du poste de soin, de tous les endroits que les résidents sont amenés à fréquenter, il faut que l'EHPAD ait une bonne signalisation. Si l'on tient compte du fait que la vision diminue que les facultés intellectuelles déclinent, il faut choisir une signalisation basée sur le logo, évocateur, de couleur vive et plutôt humoristique, à laquelle les gens porteront plus facilement attention qu'à un texte. L'affichage univoque et compris de tous peut éviter l'errance, la chute également.

1.2.6 Une salle de gymnastique

Cela peut paraître un luxe, et cela l'est-il probablement, mais une pièce réservée à l'entretien musculaire et articulaire aurait son utilité pour le bien-être mais aussi la prévention des chutes.

1.3 Le Bien-être Des Soignants

Le bien-être des soignants est fondamental pour une bonne prise en charge des résidents. En effet toute source de stress chez un soignant peut conduire à une maltraitance, certainement non voulue, mais ressentie comme telle par le résident ou par sa famille.

Il faut donc éviter les pas et déplacements inutiles, ne pas avoir de problème de rangement, perdre le moins de temps possible à repérer le matériel de soin pour éviter aussi les sources d'erreurs. Si le médecin coordonnateur est le « chef d'orchestre » de l'équipe soignante on peut penser que le bien-être de l'équipe sera une priorité de type 1 pour le médecin.

Plusieurs points sont à considérer :

1.3.1 La salle de soins:

De nombreux articles sont consacrés au mobilier d'une salle de soins . Cette pièce doit être spacieuse pour ne pas y avoir de problème de rangement et pour que les gens qui y travaillent ne s'y sentent pas enfermés ; cette pièce doit offrir une image rassurante également pour les résidents: couleurs très claires avec sur les murs une grande place réservée à l'affichage des consignes, protocoles, notes de services l'agencement doit permettre au personnel d'éviter les contorsions inutiles. Pas de rangement trop bas ni trop **haut, d'où la nécessité d'une grande surface.**

1.3.2 L'architecture générale de l'EHPAD:

Elle doit être fluide, d'un seul tenant pour favoriser dans le calme la communication verbale que rien ne remplace, entre les soignants.

On peut penser qu'un poste de soin, qui soit au centre de l'établissement diminuera les distances à parcourir tout au long de la journée. Les distances plus courtes diminuent la fatigue et favorisent la communication verbale (qui ne dispense pas de la communication formelle par ordinateur).

1.3.3 Une salle de réunion

Elle paraît importante pour plusieurs raisons :

- La cohésion d'équipe : réunions avec le médecin coordonnateur
- Espace professionnel privé où chacun peut se rendre compte des difficultés de l'autre.

1.4 L'Hygiène en EHPAD

C'est une dimension très importante pour le personnel soignant, mais les mesures prises pour une bonne hygiène de l'établissement sont une priorité de type 1 pour le directeur sur le plan légal.

Sans entrer dans les détails il y a 3 points essentiels sur le plan architectural :

- Aménagement d'un circuit séparé linge propre linge salle
- Un local particulier, aéré et conforme pour les D.A.S.R.I
- Une cuisine conforme aux normes H.A.C.P.P.

En conclusion :

Les règles fixées par les arrêtés sont donc nombreuses et sont incontournables surtout lors de la signature de la convention tripartite et lors de son renouvellement.

Nous allons maintenant faire l'inventaire des maisons de retraite et voir dans quelle mesure ces dispositions réglementaires sont en place.

2 LES LOCAUX SONT-ILS ADAPTES ? ETAT DES LIEUX EN FONCTION DES NOUVELLES NORMES

Les normes actuelles ayant été dressées, nous allons faire l'état des lieux des maisons de retraite à l'heure actuelle en fonction de ces nouveaux codes.

2.1 Les locaux

Cette enquête n'a porté que sur les structures relevant de la fonction publique hospitalière.

2.1.1 Age moyen des EHPAD

Les EHPAD dans cet échantillon (68 établissements étudiés, hors Ile de France) ont en moyenne 22 ans, les plus anciens remontent à 1965 et le plus récent à 2008.

2.1.2 Etat des équipements

- Accessibilité :

Si la quasi-totalité des EHPAD disposent d'un ou plusieurs ascenseurs (93%), le niveau d'équipements pour personne à mobilité réduite est somme toute modeste pour ne pas dire insatisfaisant :

34% des établissements sont de plain pied

41% ont un monte malade

46% ont un plan incliné

En mettant de côté les obligations d'accessibilité aux personnes handicapées (visiteurs comme salariés) il convient de se souvenir qu'il s'agit de structures pour personne âgée en perte d'autonomie donc en perte de mobilité. Que l'on considère le problème du point de vue de l'usager – qui voit ses possibilités de mouvements limités – que la charge de travail induite pour les personnels, la situation n'est pas satisfaisante.

- Moyens de sécurité et de télésurveillance

38% des établissements disposent d'un interphone

47% ont installé un dispositif anti fugue

10% ont une vidéo surveillance

13% bénéficient d'un système d'ouverture des portes à distance et 9% ont un autre dispositif de sécurité.

Il se trouve que nombre d'établissements sont dans plusieurs voire dans toutes les rubriques. Si bien que le taux des EHPAD n'ayant aucun dispositif de sécurité des personnes s'établit autour de 40%. A l'heure où les maladies neuro-dégénératives connaissent un essor régulier, une amélioration est nécessaire dans ce secteur.

2.1.3 Prise en charge spécifique

Si l'on rencontre dans 26% des établissements des unités Alzheimer, il n'y a que 7% qui ont organisé un canton dans leurs murs et 18% qui ont bâti une réponse autre. Compte tenu des doubles appartenant, c'est plus 60% des établissements qui n'ont aucune réponse spécifique pour les résidents atteints de pathologies neuro-dégénératives.

2.1.4 Les déserts médicaux

La difficulté de nos concitoyens pour accéder au service public de la santé est prégnante, surtout ceux qui habitent les territoires ruraux. Pour la plupart ils y naissent, y travaillent, y vivent et y meurent ; ils souhaiteraient y vieillir dignement.

Sur certains territoires, la lutte contre les déserts médicaux devient une priorité, parce que la proximité est un gage de sécurité. Dans ces secteurs, on ne compte pas en kilomètres mais en temps nécessaire pour relier un lieu à un autre, surtout dans les régions montagneuses.

En effet, au fil des années, avec le problème de l'évolution des normes, il est à craindre que la décision d'abandonner tout projet de rénovation ne l'emporte. À ces moments-là, ce sont non seulement les conditions d'accueil des patients, mais aussi les conditions de travail des personnels qui sont mises à mal.

Lorsque le Gouvernement lance le plan Alzheimer, peut-il rester insensible aux difficultés rencontrées dans ces territoires où les élus militent inlassablement pour des établissements rénovés dans lesquels les personnes seraient accueillies dans la dignité, notamment celles qui subissent une perte d'autonomie ?

2.2 Les établissements d'hébergement : maisons de retraite, USLD, foyers logements

Au 31 décembre 2003, les 10 526 établissements d'hébergement pour personnes âgées se répartissent entre 6 376 maisons de retraite, dont 1 080 rattachées à un hôpital, 2 975 logements-foyers, 1 044 unités de soins de longue durée (USLD) et 131 résidences d'hébergement temporaire¹ (tableau 1). Ces établissements pour personnes âgées sont situés le plus souvent au sein d'un bâtiment unique : 73 % des établissements sont en effet dans cette configuration. Près de 16 % des établissements comportent deux bâtiments et 11 % trois bâtiments ou plus. L'ensemble de ces structures offre environ 2 670 000 places installées dont les trois quarts en chambre et un quart en logement. Les maisons de retraite rattachées à un hôpital et les USLD ne proposent que des places en chambres alors que les autres maisons de retraite proposent aussi quelques places en logement. Ainsi les maisons de retraite à but non lucratif comptent 6 % de places en logement. Les logements-foyers n'offrent au contraire que 3 % de leurs places sous la forme de chambre. Plus de 80 % des chambres sont donc situées dans des maisons de retraite et 88 % des logements dans les logements-foyers.

2.3 Chambres et appartements

Parmi les 670 000 places installées que proposent les 10 526 établissements d'hébergement qui accueillent les personnes âgées, les trois quarts sont en chambre et un quart en logement. L'accès d'au moins un des bâtiments aux personnes en fauteuil roulant est possible pour 93 % des établissements. Les chambres individuelles sont les plus nombreuses (82 % des chambres) et bénéficient dans le cas de figure le plus fréquent (34 %) d'une superficie comprise entre 16 et moins de 20 m². Les logements proposés par les établissements sont majoritairement de type F1 bis ou I bis (53 %), d'une surface habitable supérieure à 20 m². Seuls 8 % sont des F2 ou des F3, de type II ou III. 90 % des chambres sont équipées de toilettes et 52 % de douches. 96 % des chambres et 93 % des logements disposent par

ailleurs d'un système d'occultation des fenêtres (volets, stores, rideaux...), et 19 % des établissements ont installé dans au moins un de leurs espaces collectifs, un équipement fixe de rafraîchissement, de conditionnement de l'air ou de climatisation. Enfin, 21 % des établissements ont prévu des chambres permettant d'accueillir les familles des résidents.

2.4 Proximité

Ces établissements ne sont pas toujours à proximité de commerces ou de services : 31 % de ces établissements en sont distants de plus de 500 mètres. Les trois quarts d'entre eux sont desservis par des transports collectifs ou mis en place, le cas échéant, par l'établissement.

2.5 Pathologies et perte d'autonomie des personnes âgées en établissement d'hébergement

Le nombre moyen de pathologies par patient augmente avec la perte d'autonomie. Les résidents très dépendants (GIR 1 et 2) cumulent huit pathologies, contre six pour les personnes peu ou pas dépendantes (GIR 5 et 6). La gravité des pathologies augmente également selon le niveau de dépendance. Les résidents des GIR 1 et 2 sont plus fréquemment atteints de démence (56 % d'entre eux) et d'incontinence urinaire (55 %) ; ceux des GIR 3 et 4 (modérément dépendants) souffrent surtout d'hypertension artérielle (HTA) et d'insuffisance cardiaque (respectivement 50 % et 31 %), enfin les patients classés en GIR 5 et 6, d'HTA et de troubles anxieux (respectivement 55 % et 38 %). Les résidents atteints au moins d'un syndrome démentiel constituent une population plus sévèrement dépendante au plan des fonctions supérieures qu'au plan locomoteur. La consommation de médicaments apparaît quant à elle relativement peu liée au niveau de dépendance. Un tiers des résidents en EHPA sont sujets à des douleurs repérées par les médecins ; ils sont fréquemment atteints de pathologies ostéo-articulaires.

En conclusion,

Le nombre d'EHPAD en France est insuffisant, surtout que la demande est plus forte que l'offre, et le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va augmenter de 75% dans les 10 ans. Il y a bien sûr une difficulté pour les besoins non couverts et il existe une répartition déséquilibrée des équipements Personnes Agées-Personnes Handicapées sur le territoire français.

Certains établissements accueillant des personnes vieillissantes doivent être médicalisés, Les EHPAD et les SAD sont insuffisamment tournés vers la grande dépendance. La population des résidents change, leurs besoins sont plus importants. Il existe une faiblesse structurelle de l'hébergement temporaire, le secteur sanitaire et social donc évoluer.

3 RETENTISSEMENT DE LA VETUSTE

Le retentissement de cette vétusté peut se faire sur les résidents mais aussi sur le personnel d'accompagnement et soignant.

3.1 RETENTISSEMENT DE LA VETUSTE SUR LES RESIDENTS

Cette population âgée et désorientée est atteinte dans ses fonctions intellectuelles et présente un déficit cognitif, une démence, par de multiples infarctus cérébraux ou par une maladie d'Alzheimer.... Autant de mots différents qui tentent de masquer notre ignorance devant des manifestations de désorientation, d'erreurs dans les actes de la vie courante, de comportements perturbateurs, d'errance...

Autre problème soulevé : la mixité entre des personnes dépendantes et d'autres qui relèveraient d'un établissement psychiatrique. Le personnel n'est pas formé pour les prendre en charge et les locaux ne sont pas adaptés. Les malades ne sont pas semblables et n'ont pas les mêmes besoins. Mais on ne peut pas strictement classer cette population car la poly-pathologie est constante en gériatrie et les limites sont imprécises.

On définit cette population comme posant essentiellement un problème de comportement associé à des déficiences qui contribuent à accélérer la détérioration de l'estime de soi

Quels sont ces problèmes ?

- Santé et handicaps physiques, ce qui rend la personne plus vulnérable à son environnement et accentue la nécessité d'un milieu de vie sain, sécurisant et facilitant la mobilité
- Perte des perceptions sensorielles, ce qui se traduit par des pertes d'acuité auditive et visuelle avec la réduction du champ de vision, sensibilité à l'éblouissement, réduction de la capacité de discrimination des couleurs, de localiser les objets, de reconnaître les personnes
- De la capacité à accomplir les actes de la vie quotidienne, aggravée par le milieu institutionnel lui-même selon le choix du concept : aider ou faire à la place. Se substituer à l'autre est parfois responsable de maladie.
- De comportements perturbateurs sociaux et territoriaux. Ils représentent une source de désagrément important entre les personnes lucides qui cohabitent et une souffrance pour les soignants.

Si la plupart des personnes peut réagir positivement à des pressions environnementales variées, pour le cas des personnes à basse compétence, les limites de l'adaptabilité sont beaucoup plus restreintes.

Ensuite, plus la personne est atteinte, plus elle est sensible ou vulnérable aux déficiences de son environnement parce que moins adaptable.

Il s'ensuit d'une part, que plus la compétence de la personne diminue, plus elle est affectée par un environnement nocif, d'autre part, qu'un aménagement environnemental adapté peut produire une amélioration considérable dans le comportement d'une personne ayant des habiletés diminuées.

Le problème est la pénurie des places dans les établissements qui contribue parfois à maintenir des situations difficiles qui peuvent confiner à la maltraitance. Les ARS ne savent où reloger les résidents et les familles n'osent se plaindre de peur que leur parent âgé ne soit mis dehors. Et certains professionnels considèrent qu'ils peuvent tout se permettre puisque de toute façon le taux de remplissage est assuré.

3.1.1 Retentissement des locaux

- Mauvaises conditions environnementales

Les locaux peuvent être anciens, vétustes, mal entretenus, plus aux normes actuelles, mal chauffés, sombres ou trop exigus, la personne ne peut pas avoir d'intimité si elle désire. Cela peut être liée à des négligences humaines : emploi de mobilier usé, hors norme de sécurité, pouvant être dangereux pour la personne.

Dans les plaintes l'environnement hôtelier et l'entretien des locaux comme des matériels sont fréquemment une source de réclamation mais sont accompagnées d'autres motifs (vols d'objet personnel, pertes de prothèses).

L'architecture peut être éclatée provoquant plus de distance à parcourir. Les ascenseurs peuvent être en sous nombre donc provoquant des difficultés lors des transferts des résidents. Les passages sont parfois étroits, les sols inégaux avec des différences de seuils à l'origine de chutes pour les résidents, ou de difficulté de brancardage ou de manutention.

Les espaces de vie sont aussi mal perçus par les pensionnaires. Le dilemme est de réussir un environnement ordonné et stable sans qu'il soit monotone, terne, impersonnel, sécurisant sans être sécuritaire. Il faut compenser par des mesures d'environnement les problèmes de désorientation, de pertes de mémoire, des pertes de capacités au niveau social et de détérioration de l'estime de soi, typiquement associés à cette population.

Locaux techniques devraient se situer au sous-sol : chambre froide, rangements de matériel, chaufferie, local pour le stockage du linge sale et des poubelles.

Sur toute la surface de l'établissement, les revêtements doivent être adaptés pour ne pas avoir des imprégnations résiduelles (odeur d'urine - tâches dues aux fèces, aux boissons, éosine...) secondaires à certains comportements. Les carrelages avec plinthes de raccordement concaves facilitent le brossage mécanisé avec un coût d'investissement est plus élevé mais celui de fonctionnement diminué (imprégnation et renouvellement des sols plastiques). Les Résidents ont une baisse de la proprio-réceptivité qui facilite les chutes sur sol mou.

Les chutes pourraient être diminuées par la continuité des rampes, fixées en console, avec partie ascendante en fin de course pour signaler cette fin.

La salle de soins devrait être sécurisée avec un pôle secrétariat et un pôle soins plus vaste. Ce second espace, équipé d'une paillasse, d'un réfrigérateur et d'un évier, sert aux soins et aux rangements des armoires de pharmacie, des chariots (semainier et pansements). Cette salle de soins doit être à côté de la salle de bains car des soins après le bain sont parfois donnés.

La salle de bains doit être de grande dimension (20 m²) pour pouvoir y créer plusieurs postes de travail et pouvoir circuler. La baignoire doit pouvoir se mettre à hauteur variable, Une douche est nécessaire car le bain peut provoquer des escarres ou les aggraver ; Ce bac de douche a un sol antidérapant, siège rabattable pour s'asseoir et prendre la douche, le pommeau de douche doit pouvoir se détacher. Un pédiluve est présent, ainsi qu'une glace corps entier.

La salle de bains doit être dans un endroit pensé car le dément peut crier (non habitués à se baigner ou démence et peur de l'eau). Une situation près de la lingerie et de la salle de soins est souhaitable.

- Mauvaise organisation de l'institution

L'institution impose ses modes de fonctionnement aux résidents interdisant tout projet individuel. Par exemple le dîner est servi très tôt, parfois à 17 heures.

3.1.2 Chambre peu conviviale, l'intimité est mise à mal :

La chambre représente l'espace privatif des résidents, le reflet de son chez-soi où ils avaient leurs habitudes de vie. D'ailleurs, on remarque que la demande de chambre individuelle prime de plus en plus. Les espaces de vie qui ne peuvent pas être personnalisés sont mal perçus qui, à part un petit meuble et quelques bibelots ne peuvent rien mettre d'autre. Cela leur donne la sensation de s'éteindre petit à petit dans un endroit anonyme.

Certains qui ont encore toutes leurs facultés intellectuelles veulent plus d'intimité avec une chambre qui ferment à clef, ce qui leur permet de s'assurer de l'absence de vols de leurs effets personnels ou de leur prothèse, fauteuil roulant, déambulateur... Une sonnette pour s'annoncer en tant que visiteur reproduit mieux son chez-soi.

Les lits doivent être médicalement équipés, électriques, à hauteur variable et à barrières intégrées, avec une aide mécanique au levage ou au soulèvement.

L'interrupteur de la lumière et de la sonnette sont posés sur un support devant les yeux de la personne allongée. Les fenêtres sont équipées de volets électriques pour un gain de temps et une meilleure maintenance, car les stores internes sont endommagés par certaines personnes. Les autres interrupteurs doivent larges et bien visibles, les prises de courant assez hautes pour être accessibles aux résidents qui ont du mal à se baisser et au personnel soignant pour éviter les lombalgies.

À côté du lit existe une table de nuit mobile que l'on peut déplacer surtout si on couché et que l'on peut mettre à portée de mains pour ouvrir la lumière, son transistor, prendre son mouchoir ou décrocher le téléphone. Son tiroir est doublé d'un récipient plastique qui le moule et que l'on peut sortir. Pourquoi ? Pour éviter que le bois ne s'imbibe d'urine car certains hommes ont tendance à confondre le tiroir avec un urinoir. Petites causes gros effets malodorants car le bois s'imprègne !

Les fauteuils ont des accoudoirs pour aider au lever, à hauteur variable, les pieds de certaines personnes ne touchent pas le sol quand elles sont assises. Le revêtement des sièges doit être électif pour les problèmes d'incontinence.

Les placards de rangement doivent permettre aux "petits" (vieux ou non), d'arriver "en haut" grâce à la possibilité de s'accrocher à une barre verticale ; la penderie est facilement accessible -donc large- avec à l'extérieur une patère pour pendre le linge qu'on veut "signaler". Les portes des penderies des chambres doivent pouvoir se fermer à clé tout en sachant que certains résidents de par leur comportement -dû à l'évolution de leur pathologie- mettent en vrac les vêtements rangés ou les enlèvent.

Les chambres doivent être insonorisées, pour que d'éventuels cris nocturnes n'aient pas une action perturbante sur les voisins. Le résident qui souhaite regarder la télévision fort tard, ou qui souhaite recevoir sa famille, peut se protéger en fermant le loquet de sa porte. Chaque soignant a un passe en cas d'enfermement.

Les prises de courant sont haut situées (lombalgies des soignants) et les interrupteurs larges sont placés à hauteur de bras fléchi ; ceux de lumière et la sonnette sont accessibles en position couchée.

3.1.3 Salle de bains du résident est source de bien des désagréments

Le lavabo : on devrait pouvoir se laver assis sans robinets à tourner, mais à lever-baisser ou latéraliser ;

Des poignées murales de soutien, nombreuses et en position variée pour répondre au besoin d'équilibre en position debout ou assise. Vu la nécessité de nombreuses barres d'appui, certaines seront mobiles afin de pouvoir être escamotées par une tierce personne pour une aide ponctuelle à certains gestes usuels (douche, WC...).

Les WC sont suspendus au mur à 0,55 cm lunette comprise. Leur plus gros défaut, c'est d'être placés d'un côté à 10 cm du mur, ce qui rend difficile l'aide éventuelle à apporter au résident qui ne peut pas se relever ou qui a un malaise. Donc l'accès aux WC doit prévoir la place pour un fauteuil roulant, un déambulateur, une personne humaine. Une douchette (eau froide) permet le nettoyage des WC; une poubelle et balayette sont suspendues ; une sonnette d'appel accessible.

Un coin coiffure est appréciable avec les attributs habituels du domicile car c'est très structurant.

Une glace corps entier est souhaitable. Il faut aussi penser à la glace devant le lavabo en position assez basse pour les patients assis ou de petite taille qui ne peuvent pas se raser si cette dernière est trop haute.

3.1.4 Le bruit

L'insonorisation des chambres est nécessaire pour que d'éventuels cris nocturnes n'aient pas une action perturbatrice sur les voisins de chambre. Le résident qui souhaite regarder la télévision fort tard, ou qui souhaite recevoir sa famille, ne doit pas déranger les autres et doit pouvoir protéger son intimité.

3.1.5 La lumière et la couleur : une inadaptation

Il faut privilégier la lumière naturelle qui permet naturellement au résident de cerner le jour et la nuit donc de mieux s'adapter aux horaires.

Trop de soleil apporte un rayonnement éblouissant, une chaleur insoutenable aux résidents favorisant la déshydratation, des stores doivent pouvoir tamiser la lumière.

La réverbération du soleil sur les murs blancs et le béton est aussi à prendre en compte.

3.1.6 La température ambiante

Les personnes âgées sont très sensibles aux changements de température, il fait toujours trop froid ou trop chaud. Trop de soleil les gêne. Des fenêtres orientées vers l'ouest ou l'est sont à privilégier plutôt qu'au nord ou au sud.

3.1.7 L'absence d'accessibilité :

L'absence d'accessibilité est une exclusion.

- Accès aux bâtiments

Il s'agit de pouvoir entrer et sortir librement de tout lieu et bâtiment, avec la conception d'un bâtiment que tout le monde peut utiliser sans aucun problème, garant dans la dynamique de la prévention des risques de chutes, de trébuchement ..., dans la sécurité du public en cas de danger, d'incendie. Une bonne accessibilité atténue le risque de panique en cas de danger.

Exigence de parc de stationnement pour les voitures.

- Accès en cas de déficience motrice : exigences d'espaces avec manœuvres faciles du fauteuil roulant, stationnement adapté, ascenseurs, portes adaptées, accessibilité des terrasses, des balcons
- Accès en cas de déficience auditive : protection des piétons à proximité des véhicules, repérage visuel , exigence de qualité sonore dans les circulations communes.
- Accès en cas de déficience visuelle

La signalisation doit être adaptée : visible, lisible, compréhensible. Par exemple les portes des chambres sont en couleur vive et les portes des locaux de travail en couleur uniforme, non signalées.

- Accès en cas de déficience intellectuelle

Les déficients intellectuels bénéficient des améliorations concernant les déficiences vues ci-dessus avec en plus la qualité de l'éclairage artificiel et une signalisation visible, claire et compréhensible Sur les portes des chambres, le nom du résident est inscrit en gros caractères. En effet le résident ayant un déficit cognitif ne peut pas comprendre une information qui demande de la mémoire comme « votre chambre est la troisième porte à gauche, mais ils peuvent mieux reconnaître une couleur : rouge, jaune.... Sa porte doit être de couleur tranchée par rapport à la couleur des murs et des portes de service.

3.1.8 Isolement géographique, social et culturel : une discrimination

Certains établissements sont situés en pleine campagne ou à une forte distance des villes et villages. Avec le temps, on s'aperçoit que les sujets âgés aiment bien l'animation autour d'eux qu'ils peuvent regarder des heures durant. Maintenant il faudrait privilégier des bâtiments en plein centre ville ou à proximité de magasins, de centres culturels, de restaurants et de cafés.

3.1.9 Les contraintes sécuritaires

Les contraintes sécuritaires peuvent osciller entre excès de pouvoir et négligence. La liberté est mise à mal si on en fait la privation. La déambulation doit donc être possible et doit être favorisée sans fugue. L'institution impose ses modes de fonctionnement aux résidents interdisant tout projet individuel.

3.1.10 L'absence de jardin

L'aide à la marche chez la personne âgée ne vise pas que la recherche de l'autonomie de déplacement. Même pour des patients autonomes, elle reste parfois un soin de santé, sous la forme d'aide manuelle à la marche sur des parcours variés (escaliers, gravillons ...). Le dehors incite à vivre une situation contenant des éléments cognitifs, sensoriels, historiques, émotionnels. Le bruit, les sons, le rythme, la mélodie, éléments qui constituent la musique de la vie, sont des moyens qui donnent à la personne âgée l'envie de communiquer, de se mouvoir, de créer, de reprendre contact... avec la nature, la relation à soi. La relation à soi se fait par le jeu d'équilibre et la sensation du poids du corps. Aussi la marche est le facteur privilégié pour relancer la dynamique neuronale du désir de vivre. Dehors, marcher sur des sentiers variés, escalader de grosses pierres, stimule la proprioceptivité laquelle aussi est nécessaire pour circuler dans une rocaille en se frayant un chemin qui bruisse sous les pas. Se déplacer sur une allée centrale gravillonnée munie d'une rampe d'appui permet d'être plus réceptif à son attitude. Arracher une mauvaise herbe, cueillir une fleur sont pour certains résidents des occasions inestimables qui demandent certes de l'effort mais procurent du plaisir à retrouver ses racines terriennes. S'asseoir dans le gazon, jouer au ballon ou viser le cochonnet avec des enfants sont des actes sollicitant le corps de quelques résidents à se courber. Laisser le libre choix à la personne âgée d'oser renforce son autonomie élémentaire, son activité physique au risque de tomber. Des blessures telles que des égratignures, des bosses accompagnées d'une frayeur peuvent apparaître tandis qu'à l'intérieur, la fracture du col du fémur est le plus souvent la conséquence de la chute.

Le jardin paysager apporte une auto-stimulation sensible, motrice et cutanée. Se laisser toucher par les éléments de la nature, inévitable, la caresse de l'air ou l'effleurage de l'herbe rétablit une communication sans peur. Rien ne calme ni ne revitalise davantage que de se frotter à l'air pur, à la biosphère. Le jardin contribue à établir une relation sensible dans le temps et l'espace entre la personne âgée et le paysage qu'elle apprivoise avec ses sens.

Le sens olfactif est animé par des massifs de plantes aromatiques (thym, verveine, romarin, laurier, etc.) plantées tout au long de chemins sableux et sinueux. Une tonnelle de chèvrefeuille est odorante si on longe les chambres.

En conclusion,

Pour la personne âgée qui a peu de chance de retourner chez elle, l'institution est son domicile.

L'architecture peut être source de maltraitance et le milieu hospitalier d'avant 1990 est peu convivial et aride, n'aide pas les résidents en situation de handicap. Il y a des inadéquations tant par le site de l'institution que par l'absence d'intimité, l'insécurité et le bruit. L'obligation d'adhérer aux contraintes économiques et au désir de rentabilité peut aussi contraindre à occulter la réalité de la maltraitance.

La réflexion éthique de l'évolution de la population en EHPAD, l'évolution des normes conduit à envisager de plus en plus un espace de vie et un projet de vie personnalisé, plus humain basé sur l'environnement car ce sont des structures situées à mi-chemin entre la ville et l'hôpital. La vie relationnelle est favorisée, on table sur la convivialité, tout sauf l'isolement.

3.2 RETENTISSEMENT DE LA VETUSTE SUR LES SOIGNANTS

3.2.1 Les locaux, les chambres, les salles de bains

Les établissements sont trop vieux et donc pèsent sur les conditions de travail.

En effet leur conception et leur configuration rapportées à l'état de dépendance/limitation physique des résidents font que les agents ont plus d'effort à fournir pour une qualité de prise en charge /un accompagnement satisfaisant.

L'âge moyen signifie qu'on atteint un seuil de vétusté en équipement : on a coutume de dire que 15 années de service correspondent au moment où les équipements reviennent très chers à l'entretien.

D'autre part, en raison de la nature même des gestes professionnels à accomplir, notamment les transferts, la configuration des locaux est loin d'être optimum. Cette configuration ne correspond plus aux normes actuelles (problème de conception dépassée) ce qui entraîne la non atteinte du niveau d'exigence de la qualité courante.

Par ailleurs, le faible niveau des dispositifs de mise en sécurité des personnes (système anti fugue, dispositif de surveillance...) conduit les agents à consacrer plus de temps à la surveillance ou à compenser le niveau faible de mise en surveillance (« reconduites », recherche des fugueurs) au détriment du vrai cœur de métier : accompagnement et aides aux gestes courants de la vie quotidienne.

L'entretien est plus difficile ou plus long : sols, plinthes, revêtements muraux, fauteuils.

Les locaux des années 70 ont été conçus pour des personnes valides, l'architecture éclatée favorise de grandes distances à parcourir et le nombre restreint d'ascenseurs pose des difficultés lors des transferts de résidents. Certains ont été rénovés mais la circulation reste contrainte notamment autour du lit, dans la salle de bains, les sols peuvent être inégaux avec des seuils. Le mobilier n'est pas adapté.

Les équipements à la manutention sont insuffisants tels que les aides mécaniques au levage ou les lits médicalisés, l'absence d'espace pour confiner ces appareils.

3.2.1 Le travail auprès des résidents

Le transfert consiste à déplacer un client qui peut porter son poids sur au moins une de ses jambes, de sorte qu'il peut aider à son déplacement.

Le levage consiste à déplacer un client qui ne peut porter son poids sur aucune de ses jambes. Cette méthode exige un effort dynamique et devrait toujours être effectué au moyen d'un dispositif mécanique.

Les blessures infligées au personnel soignant lors du déplacement de patients ou de résidents surviennent habituellement lorsqu'un transfert devient soudainement un levage de patient. Voilà pourquoi l'évaluation des capacités du client est un élément essentiel de tout programme de déplacement du patient axé sur des méthodes ergonomiques. Les clients qui perdent soudainement leur équilibre doivent être identifiés, afin de déterminer si deux soignants sont nécessaires pour procéder à un transfert ou si un dispositif mécanique doit plutôt être utilisé.

Les tailles relatives du soignant et du client doivent être prises en considération au moment de déterminer s'il sera nécessaire de demander l'aide d'autres membres du personnel pour un déplacement ou s'il faudra plutôt recourir à un appareil de levage.

La conception et l'aménagement d'un établissement de soins compte pour beaucoup dans la réduction des facteurs de risque de blessures chez les soignants et les clients.

L'espace et la conception de la chambre du patient ou du résident (y compris de la salle de bain) doivent permettre la libre circulation du soignant, du client ou du résident, des dispositifs de levage, des déambulateurs et des fauteuils roulants.

L'aménagement et l'espace doivent aussi permettre au soignant d'utiliser une mécanique corporelle et des techniques de transfert appropriées.

Le mobilier devrait être suffisamment haut pour permettre des transferts sécuritaires. Les meubles et l'équipement, surtout les lits, devraient être **réglables**, afin d'assurer une sécurité maximale lors du déplacement du client.

Les appui-bras et les appuis-jambes des fauteuils roulants devraient être réglables et amovibles, et les coussins, fixés solidement afin qu'ils ne glissent pas.

Dans la salle de bain, les barres d'appui doivent être en quantité suffisante et bien situées pour aider aux transferts.

Les chaises percées devraient être munies d'appuis amovibles pour les bras, les jambes et les pieds. Une chaise percée bien conçue doit être stable et dotée d'une ceinture abdominale.

Les chaises gériatriques devraient, elles aussi, être munies d'appui-bras et de repose-pieds amovibles pour effectuer les transferts.

Les côtés de lit devraient être assez légers pour que le soignant puisse les lever ou les abaisser d'une seule main avec un minimum d'effort.

L'éclairage devrait être suffisant pour permettre d'accomplir les tâches nécessaires; un éclairage trop intense peut être source de fatigue oculaire et de stress.

Les couleurs et les contrastes de noir et de blanc, qui contribuent à une meilleure perception visuelle chez les personnes âgées, peuvent réduire le risque d'accident lors des transferts ou des déplacements du client ambulateur.

Les lombalgies et les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) sont la première cause d'arrêt de travail et d'accidents du travail.

Les soignants sont exposés à des risques professionnels lors des manutentions :

- Forte prévalence des accidents lombaires et des TMS
- Charge lourde, instable, mal répartie.
- Pics de surcharge, fréquents et imprévisibles
- Pénibilité physique du travail
- Station debout prolongée
- Postures contraignantes > 20% du temps (*dos courbé*)
- Mesures préventives efficaces et économiquement viables mais peu utilisées (aides à la manutention)
- Ratio minimum soignant/soigné (sécurité des résidents et des agents)
- Règlementations et recommandations se multiplient.

Nous constatons aujourd'hui que la prévention la plus efficace passe par la mise en place de lève personnes sur rail, il est primordial de distinguer les notions de transfert et de levage.

3.2.3 Les chutes

Les chutes constituent la 2ème cause d'accidents de travail. Ces chutes sont dues aux sols glissants, à l'eau des douches, aux déjections, à la nourriture, aux planchers mouillés ou cirés.

La disposition des locaux au sein de l'établissement doit être pensée pour limiter les déplacements avec mise en place de sols anti-dérapants en vue de diminuer les chutes.

3.2.4 Le stress et les facteurs psychosociaux

Les agents vieillissent ainsi que leurs corps. Des risques psycho-sociaux font leur apparition, tout particulièrement le risque d'épuisement professionnel avec son cortège de fatigue physique et morale,

plus facilement atteinte dans ces établissements accueillant des personnes dépendantes, de plus en plus handicapées et ce type d'usagers des EHPAD accentue la lassitude professionnelle. Le stress devient considérable, d'autant plus qu'il existe un taux d'absentéisme important, remplacé par des vacataires qui ne connaissent pas les locaux, les patients, le matériel et qui ne sont pas directement concernés par leur implication dans cette structure.

Les agressions physiques et verbales ne sont pas rares, tant par les résidents qui ont perdu leur repère et sont désorientés par leur maladie, que par les familles à cause de l'énervement, de l'incompréhension, du sentiment de culpabilité et de mauvaises informations. Ces agressions sont source de stress.

Tout cela provoque un taux d'absentéisme important et des accidents de travail.

3.2.5 Le facteur infectieux

Il y a peu d'accident du travail reconnu dû au risque biologique ou infectieux, mais il est présent. C'est le service lingerie et le personnel soignant qui est le plus exposé au risque infectieux (linge sale et souillé, piqûres).

Les autres risques infectieux peuvent venir les personnes âgées atteintes de diverses infections : urinaires, pulmonaires, grippe, hépatite, sida.

En conclusion,

Bien sûr, il existe d'autres risques : gestion du temps et absence de moyens financiers qui entrent en ligne de compte dans les problèmes des soignants, mais ils ne font pas partie de notre travail.

C'est un secteur à sinistralité élevée avec une atteinte à la santé importante (incapacité, inaptitude). Le turn-over du personnel est important, le recrutement difficile.

4 L'IMPACT DES TRAVAUX DE RENOVATION SUR LA VIE EN EHPAD

L'impact des travaux de rénovation doit être le plus faible possible. En effet, pendant les travaux, il faut pouvoir assurer la même sécurité, les mêmes soins, et le même agrément de vie aux résidents que quand il n'y a pas de travaux.

C'est pour ces raisons que, en pratique, on reconstruit ailleurs un nouvel EHPAD si les travaux sont de grande importance. En effet, les contraintes qu'infligent les travaux de rénovation sur les résidents et le personnel soignant sont divers et variés.

4.1 Conséquences sur les résidents:

4.1.1 La délocalisation:

Faut-il délocaliser vers un autre établissement, les résidents les plus fragiles pendant la période des travaux. Dans cette hypothèse, comment « choisir » qui et sur quels critères, et avec quelle autorisation. L'autorisation du résident et de sa famille est certainement très difficile à obtenir

4.1.2 La nécessité de conserver les accès:

Les accès pour les ambulances et les pompiers doivent être assurés.

4.1.3 Le bruit:

Le bruit généré par les travaux doit être considéré comme une nuisance sonore pouvant avoir une influence directe sur l'acuité auditive dans le sens d'une diminution dont sont déjà affectés les résidents. Le bruit peut avoir également d'autres conséquences que l'on doit considérer.

4.1.3.1 L'audition:

Le bruit répété, intense insolite influe directement sur l'acuité auditive du résident, souvent déjà déficitaire mais peut détériorer également l'acuité auditive des soignants.

La loi est bien claire et précise à ce sujet, puisqu'elle prescrit de ne pas soumettre un salarié à plus de 85 décibels. A fortiori une personne âgée! Et, il paraît difficile d'exiger aux résidents le port de casques ou de bouchons d'oreille, ainsi qu'à l'équipe soignante (un marteau piqueur se situe dans la zone des 85 décibels).

4.1.3.2 Les conséquences...visuelles du bruit:

Sans doute rare dans le cadre de notre exposé, il faut savoir néanmoins qu'une exposition prolongée à 100 décibels est suivie d'un rétrécissement de 10 degrés du champ visuel et d'une réduction de la vitesse de la perception des couleurs. Bien que cet effet soit rare, il est à prendre en considération sur des sujets n'ayant plus une vision parfaite.

4.1.3.3 Le stress:

Dû à une exposition fréquente et répétée du bruit, le stress recouvre en fait plusieurs réactions physiologiques mesurables de l'organisme en réponse à des stimuli tels que le bruit :

- augmentation de la pression artérielle,
- sécrétions hormonales modifiées,
- augmentation du rythme cardiaque.

4.1.3.4 La fatigue et dépression:

Un organisme stressé se fatigue plus vite physiquement intellectuellement et psychologiquement.

4.1.3.5 Les perturbations cognitives:

Une personne soumise au bruit peut voir ses fonctions cognitives diminuer. Cela a été montré dans une étude faite sur les enfants qui n'ont pas, eux, de problèmes cognitifs de cette nature.

A la lecture de ce qui vient d'être écrit sur le bruit, on voit bien que le bruit est un facteur à prendre en grande considération et que son impact est important et parfois inattendu sur un organisme fragile comme celui d'une personne âgée.

4.1.4 Le bouleversement des repères:

Il est lié au fait que, pendant les travaux, l'architecture interne de l'EHPAD doit être modifiée plusieurs fois. Il est en effet normal et fréquent que l'on ferme les parties à rénover qu'on les ré-ouvre ensuite pour en fermer d'autres selon le programme des travaux. Il va donc y avoir une modification régulière des repères du résident, ce qui est délicat chez des gens dont les facultés d'apprentissage et de mémorisation sont décroissantes. Les résidents présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée peuvent présenter des problèmes de désorientation même sur des repères architecturaux fixes. Ce peut être bien pire quand les repères varient selon les impératifs des travaux. Ce bouleversement de repères est un risque augmenté de fugues mais aussi de chutes. Fugues et chutes font partie des « risques de base » sur lesquels on doit pouvoir répondre en terme de prévention.

4.1.5 Les pollutions ambiantes:

La qualité de l'air est une préoccupation fondamentale pour les établissements recevant du public, comme le souligne le chantier 33 du Grenelle de l'environnement (mission Ph Richert) et, bien évidemment, les travaux sont générateurs de pollution difficilement évitable. Cette pollution peut être responsable de deux ordres de désagrément possibles :

4.1.5.1 Les agressions respiratoires:

Les poussières et les composés volatiles provenant des matériaux de construction en sont les principaux responsables. Ces agressions peuvent déclencher un asthme mais aussi des problèmes pulmonaires pernicieux : il est donc impératif, en cas de travaux, d'avoir la liste de tous les produits utilisés (plâtres, solvants, peintures, ciments, etc) susceptibles d'être responsables d'une pollution de l'air et d'avoir les Fiches de données de Sécurité qui citent les risques cancérogènes et mutagènes de ces produits.

4.1.5.2 Les agressions visuelles et ORL:

Malgré toutes les précautions prises, les émanations de toutes sortes occasionnées par les travaux (peintures, vernis, odeurs de soudures etc) seront difficilement évitables. Elles peuvent agresser les yeux, les voies aériennes supérieures.

4.2 Conséquences sur le personnel soignant:

Nous retrouverons pour le personnel soignant les effets du bruit des pollutions et des changements de repère. Si les conséquences sont moins importantes que chez le résident, les travaux, surtout s'ils sont longs, vont provoquer un surcroît de fatigue physique due au changement de repères (déménagement du matériel, salle de soins provisoire, par exemple), mais aussi, un surcroît de fatigue, due à un stress permanent (bruit, poussières, déménagements réguliers). Cette fatigue et ce stress seront d'autant plus augmentés que les résidents auront été eux-mêmes fragilisés comme on a vu plus haut. Si le travail du personnel soignant devient plus difficile, du fait de conditions de travail dégradées, il risque d'être de qualité moindre, ce qui est dommageable pour des résidents encore fragilisés. Le risque d'accident par faute de surveillance risque d'augmenter (notamment les risques de chute chez les résidents et les « erreurs possibles » dans l'exécution des ordonnances). Le risque de maltraitance des résidents peut également augmenter. Enfin, le risque d'accident de travail du personnel peut augmenter et peut être un bon indicateur de stress.

Un chantier dans un EHPAD va déstabiliser les résidents en situation déjà précaire ce qui va entraîner un surcroît de travail pour une équipe elle-même « déstabilisée » par les travaux. Si le travail est moins bien fait, les accidents et les plaintes ajouteront encore plus de stress aux équipes et aux résidents et ainsi de suite. Résidents et soignants seront entraînés dans « un cercle vicieux » aux dépens de la santé des résidents mais aussi des soignants.

Si le médecin coordonnateur donne son avis sur les travaux de rénovation, il devra tenir compte du couple « résidents-soignants » car d'un certain point de vue on voit bien que la « santé » des résidents dépend de celle des soignants et réciproquement.

5 EXISTE-T-IL DES ETUDES SUR CE SUJET ?

Dans la recherche bibliographique que nous avons menée, nous n'avons retrouvé aucune mention d'études dans lesquelles il a été demandé au médecin coordonnateur et au directeur des EHPAD leur avis sur des locaux inadaptés à l'usage et au confort des résidents.

6 QUESTIONNAIRE AU MEDECIN COORDONNATEUR ET AU DIRECTEUR LORSQUE LES LOCAUX SONT INADAPTES

Il existe donc sur notre territoire des EHPAD dont les locaux ne répondent plus aux normes actuelles d'habitation, de confort et de vécu. Les habitants de cette résidence, le personnel y travaillant ont déjà des idées sur leur inconfort mais le médecin coordonnateur et le directeur sont aux premières loges pour faire la synthèse des inadaptations.

Au vu de l'étude que nous venons de faire, nous avons réuni les questions susceptibles d'être posées aux médecins coordonnateurs et au directeurs des maisons de retraite afin de faire le point sur la vétusté de leur établissement et de mettre en exergue les éléments prioritaires. Un questionnaire est donc réalisé. Les facteurs de risques source d'inadaptation sont passés en revue et énumérés, et pour chacun d'entre eux, le médecin coordonnateur et le directeur doivent évaluer :

- le type de priorité: immédiate, différée, à plus long terme
- le type d'actions à mettre en place: état acceptable, rénovation partielle, rénovation importante, reconstruction.

CONCLUSION

Ce sujet est un sujet original car personne encore n'a jamais écrit quoique ce soit dans ce domaine.

Nous avons fait une recherche bibliographique, pour savoir quelles étaient les normes actuelles auxquelles doivent être soumises les EHPAD et qui correspondent en grande partie aux normes que l'on impose aux ERP. Nous avons élaboré un questionnaire permettant de faire l'état des lieux d'un EHPAD et permettant de voir quelles sont les priorités pouvant induire la rénovation d'un tel établissement. Nous n'avons pas disposé du temps nécessaire pour distribuer ce questionnaire et faire une analyse statistique, mais il constitue probablement la première pierre à cette démarche qui pourra être reprise et améliorée dans un futur proche.

En effet, nous nous sommes attachés à montrer dans ce travail que le médecin coordonnateur peut jouer un rôle fondamental dans la décision de rénover en plus ou moins grande partie un EHPAD. Le médecin coordonnateur se situe en effet à la croisée de tous les corps de métiers officiant dans l'EHPAD pour le bien-être des résidents et de leur famille.

Le médecin coordonnateur a donc un rôle d'expertise sur l'EHPAD et son fonctionnement, car il reçoit demandes et plaintes de toute part (résidents, familles de résidents et équipe soignante). Il a un rôle dans la prévention des risques concernant les résidents puisqu'il doit s'assurer de leur sécurité, mais aussi un rôle à jouer dans la prévention des risques professionnels de son équipe.

L'expertise du médecin sur l'état des lieux de l'EHPAD a un impact sur les travaux de rénovation de cet EHPAD et sur ce qui doit « déclencher » cette rénovation nous paraît être la meilleure arme de prévention primaire des risques encourus par tous ceux qui vivent ou travaillent dans un EHPAD.

BIBLIOGRAPHIE

Enquête EHPAD 2009 – Fédération des personnels des services public et des services de santé FORCE OUVRIERE – 153 – 155 rue de Rome 75017 Paris.

Référentiel d'évaluation des centres de santé - HAS - Service Qualité de l'Information Médicale- Février 2007.

La logique des appels projets en matière de création de places pour personnes âgées et handicapées – Orientations stratégiques du conseil général de Saône et Loire 2010-2014 – Journées FNARS-URIOPSS du 15 juin 2010.

Etudes et Résultats N° 380 Mars 2005 - Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques DREES.

Etudes et Résultats N° 515 – Aout 2006 - Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques DREES - Pathologies et pertes d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Silver life Institute – Les promoteurs se penchent sur les attentes des séniors – Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : locaux et équipements – Les établissements pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel.

Synthèse de l'enquête sur l'état des lieux « population - cadre bâti dans les logements-foyers pour personnes âgées » – juin 2005 – Direction Générale de l'Action Sociale et Direction Générale de l'Habitat et de la Construction.

Silver life Institute – Centre de Recherche sur l'économie du vieillissement.

Vieillir en France - Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie – Rapport à Monsieur le Premier Ministre - Juin 1999.

La maltraitance institutionnelle des personnes âgées – Sabine Griselle-Schmitt –Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001.

Chantier n°33 du Grenelle de l'environnement du 18/03/2008 - Mission Ph. RICHERT.

Le bruit - Jean-Pascal Ciattoni - Les Classiques Santé - Editions Privat, 1997.

Dossier spécial bruit et santé - Acoustique et Technique - Premier trimestre 2003, n°28 - publication du CIDB avec le concours de la société française d'acoustique.

Ethique, droit au choix, droit au risque, et responsabilités dans les EHPAD - Alain Villez - Les cahiers de l'Actif – n°318/319.

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique : « l'institution face au changement -
La conduite d'un projet de restauration entre les hôpitaux locaux d'Arbois et de Poligny.
Stratégies et moyens d'action des Directions. » Ghislain Durand.

RESUME

L'environnement influence le risque, notamment l'aménagement des chambres et des salles de bains, l'état des lieux en terme d'encombrement et de salubrité, la température, la présence d'équipements spécialisés et l'état de cet équipement.

Nous suggérons qu'une recherche soit entreprise afin de comprendre l'impact multifactoriel des facteurs architecturaux sur les résidents, leur santé et leur sécurité ainsi que sur les soignants.

Il en découle la réalisation d'un questionnaire visant à qualifier plus précisément les attentes du médecin coordonnateur et du directeur dans la réhabilitation des EHPAD. Ayant été repérées, ces pistes de recherche pourraient être transmises pour les clarifier, les quantifier et enfin aborder les retombées concrètes.

MOTS CLES

Médecin coordonnateur, EHPAD, rénovation, risques, vétusté, réhabilitation.

Au Docteur Serge REINGEWIRTZ

**Nous le remercions des ses conseils apportés à la réalisation de ce
mémoire.**