

Université Paris Descartes – Faculté Cochin- Port Royal

Réflexion sur la mise en place d'un PASA
« Pôle d'Activité et de Soins Adaptés » dérogatoire
à l'EHPAD Marie Blaise

Étudiant :

MIART LAURENT

Diplôme Universitaire

Médecin coordonnateur en EHPAD

Année Universitaire 2018-2019

Directrice de mémoire :

Madame SAURA Catherine ~ Directrice de l'EHPAD Marie Blaise

Tables des matières

Remerciements	3
Introduction	4
Cadre conceptuel	6
<u>I. L'accompagnement spécifique des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, un enjeu en EHPAD</u>	6
A) <u>Les principales maladies neuro-dégénératives et syndromes démentiels</u>	
a) Syndrome démentiels	6
b) La maladie d'Alzheimer	6
c) Les maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer	7
i. La démence fronto-temporale	8
ii. L'aphasie progressive non fluente ou apragmatique	8
iii. La démence sémantique	8
d) Les troubles du comportement	8
e) Le PASA	8
B) <u>PASA : les nouvelles recommandations de l'ANESM</u>	9
C) <u>Contexte</u>	10
<u>II. Présentation de l'établissement</u>	10
<u>III. Opportunités du projet, objectifs et motivations</u>	11
A) Présentation succincte de la demande	11
B) Opportunité du projet	12
C) Les objectifs poursuivis	13
D) Perspectives d'évolution éventuelles quant à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer	14
<u>IV. Projet du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés</u>	15
A) <u>L'admission</u>	15
a) Les critères d'admission	15
b) La procédure d'admission	15
B) <u>La sortie</u>	16
a) Les critères de réorientation	16
b) La procédure de réorientation	16
C) <u>Les dispositions prévues pour garantir le respect des droits des usagers et de l'intégration de la famille</u>	16
D) <u>Le projet spécifique du PASA</u>	18
a) Les modalités de fonctionnement	18
b) Signalement des troubles du comportement	19
c) Les activités d'animation à effet thérapeutique	19
d) Les modalités de suivi et d'évaluation de cet accompagnement individualisé ..	21
e) Les modalités d'accompagnement et de soins appropriés	21
f) Un accompagnement personnalisé de vie et de soin	21

E) <u>Le personnel spécifique dédié au PASA</u>	23
a) L'organigramme prévisionnel.....	23
b) Le personnel.....	23
c) La formation du personnel	24
d) L'organisation de la continuité des soins	24

V. L'environnement architectural..... 25

VI. Partie Financière 26

Problématique 27

Méthode 28

 A) Population interrogée 28

 B) Conception du questionnaire..... 28

 C) Résultats..... 28

Synthèse et discussions..... 32

Conclusion 33

Bibliographie..... 34

Tables des illustrations

Illustration 1 : Existence d'un PASA 28

Illustration 2 : Temps de présence du médecin coordonnateur..... 29

Illustration 3 : PASA déjà mis en place à l'arrivée de médecin coordonnateur..... 29

Illustration 4 : Qui a initié la création du projet et la mise en place du PASA 30

Illustration 5 : Implication du médecin coordonnateur à la mise en place du projet..... 30

Illustration 6 : Impact de la disponibilité du médecin coordonnateur sur l'organisation au sein du PASA 31

Illustration 7 : Dynamique positive par le personnel au sein du projet..... 31

Tables des annexes

Annexe 1 : Plan locaux..... 35

Annexe 2 : Questionnaire envoyé 36

Remerciements

Je remercie Madame Catherine Saura, Directrice de l'EHPAD Marie Blaise et également ma Directrice de mémoire avec laquelle, nous avons pu collaborer ensemble sur le projet.

Je tenais à lui rendre hommage, sa disparition récente a affecté l'ensemble du personnel, ce mémoire serait l'aboutissement d'un projet dont elle ne verra pas l'achèvement.

Introduction

Selon l'HAS¹, plus de 850 000 personnes âgées de plus de 75 ans sont aujourd'hui atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

Il est donc indispensable de diagnostiquer la maladie assez tôt afin de mettre en place un parcours de soins et d'accompagnement adapté.

On dénombre aussi près de 35 000 personnes atteintes avant l'âge de 65 ans.

Même si la plupart de ces personnes atteintes de la maladie vivent à domicile, certaines font le choix pour un placement en institution, choix parfois difficile mais nécessaire pour améliorer l'accompagnement de ces personnes âgées.

Dans un contexte de désertification géographique et démographique et avec la construction de deux établissements récents à moins de 20 kms, nous rencontrons actuellement des difficultés de remplissage de notre structure vieillissante, notre évaluation interne nous a amené à une démarche réflexive pour la création d'un PASA éclaté au sein même de notre résidence afin de pérenniser notre structure, de rester attractif, proposer les mêmes offres et ainsi augmenter rapidement le taux d'occupation.

Nous sommes dans l'obligation d'effectuer une mutation rapide et ainsi répondre aux demandes des résidents susceptibles d'intégrer notre établissement.

Cette réflexion part du travail d'une équipe qui souhaite redynamiser l'EHPAD Marie Blaise et valoriser le travail fourni de cette structure en perte d'élan, dans un contexte architectural vétuste d'un EHPAD privé à caractère associatif avec une capacité d'accueil de 63 résidents où j'exerce en qualité de médecin coordonnateur.

Cette création permettrait d'offrir une prise en charge adaptée aux résidents atteints de la maladie Alzheimer et/ou apparentées.

L'objet de ma réflexion est de démontrer que la création d'un PASA en apportant une nouvelle dynamique serait un nouveau souffle dans cet EHPAD².

Cette création répondrait aux recommandations de l'HAS et l'ANESM³ sur « l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pôle d'activité et de soins adaptés » publié en 2017.

¹ HAS : haute autorité de santé

² EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

³ ANESM : agence nationale des établissements sanitaires médicaux sociaux

Ces recommandations sont élaborées dans le cadre de la mesure 26 de l'axe 1 « soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire » du plan Maladies Neuro-Dégénératives (PMND) 2014-2019, qui prévoit la poursuite du déploiement de l'accueil en pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) et l'inscription de cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement de « droit commun ». Ce plan s'inscrit dans la continuité du plan Alzheimer 2008-2012, mais il est désormais élargi aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson et aux personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP).

L'objectif est d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes ayant des troubles du comportement modérés, consécutif particulièrement d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, hébergées en EHPAD et admises en PASA, ces recommandations viennent complétées le décret du 26 août 2016⁴ qui fixe les conditions minimales de fonctionnement et d'organisation des PASA.

Ce plan se décompose en 4 axes stratégiques et 96 mesures : (loi ASV)⁵

axe 1 : « **Soigner et accompagner tout au long de la vie et sur l'ensemble du territoire** »

axe 2 : « **Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neuro-dégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne** »

axe 3 : « **Développer et coordonner la recherche sur les maladies neuro-dégénératives** »

axe 4 : « **Faire de la gouvernance du plan un véritable outil d'innovation, de pilotage des politiques publiques et de la démocratie en santé** ». ⁶

Le champ de ce décret couvre également les adaptations nécessaires au fonctionnement des dispositifs spécifiques tels que les PASA et UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) implantés au sein d'un EHPAD, accueil de jour et hébergement temporaire y compris de nuit, dans l'objectif d'inscrire cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement des personnes âgées dans une logique de parcours de vie.

Le cœur du projet repose sur l'idée de la nécessité d'optimiser le PASA comme un service à part entière, en contribuant à apporter une réponse adaptée aux parcours de personnes.

Les activités proposées doivent avoir du sens pour les personnes et permettre des progressions selon leurs besoins.

La finalité étant de permettre à chaque personne accueillie de maintenir ses acquis et d'évoluer avec ses spécificités et ses besoins.

Notons que l'éthique est au cœur des pratiques, ce qui permet de maintenir une position professionnelle bien-traitante dans la réalisation d'un but commun et en prenant en compte les

⁴ Synthèse des travaux d'Alzheimer et les maladies apparentées 25 mai 2018 service de presse de l'HAS

⁵ Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

⁶ <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladie-neuro-dégénérative-2014-2019>

différences dans les approches professionnelles.

Dans mon exposé, je m'arrêterai aux PASA qui sont le sujet de ma réflexion. Je débiterai par définir quelques pathologies rencontrées au sein de l'EHPAD indispensables à la construction de mon projet. Celui-ci permettra de mettre en place les outils adaptés afin d'améliorer les prises en charge des résidents en grande difficulté parfois émotionnelle, ce qui engendre chez certains d'entre eux des troubles du comportement.

Je présenterai l'aspect architectural de la structure et la mise en œuvre du projet commun à l'établissement.

Se pose alors la question : En quoi le médecin coordonnateur se trouve-t-il mobilisé dans la stratégie de l'EHPAD?

Cadre conceptuel

I. L'accompagnement spécifique des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, un enjeu en EHPAD

A) Les principales maladies neuro-dégénératives et syndromes démentiels

Les maladies chroniques sont évolutives et dites neuro-dégénératives, car elles entraînent une disparition progressive des neurones.⁷

a) Syndromes démentiels

La démence n'est pas une maladie mais un syndrome qui est un ensemble de signes cliniques et/ou para cliniques) dont il faut rechercher la cause. De sa cause dépendent la prise en charge, l'information donnée au patient et à sa famille, le pronostic et le traitement, voire la recherche d'une maladie familiale.

D'après l'American Psychiatric Association (DSM-IV-TR) : « Trouble des fonctions cognitives (mémoire, langage, praxies⁸, gnosies⁹, fonctions exécutives, etc.) suffisamment important pour retentir sur la vie quotidienne et qui dure depuis au moins 6 mois »¹⁰

b) La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative qui engendre un déclin progressif des facultés cognitives et mnésiques. Au fil du temps, une destruction des cellules nerveuses se produit dans les régions du cerveau liées à la mémoire et au langage. Ainsi, la personne atteinte

⁷ <http://www.has-sante.fr>;

⁸ Capacité à exécuter des mouvements coordonnés

⁹ Capacité à reconnaître, à percevoir grâce à l'utilisation de l'un des sens la forme d'un objet.

¹⁰ Mobiquial consulté le 06/08/2019 http://www.mobiquial.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/AUTOUR_DU_PATIENT/PDF/A1.PATHOLOGIES_DEMENTIELLES.pdf

a, entre autre, de plus en plus de difficulté à se rappeler les événements récents, à reconnaître les visages, à se souvenir de la signification des mots et à exercer son jugement.

Ces troubles du comportement dits « perturbateurs » tels que les idées délirantes, l'agitation, l'agressivité ou les hallucinations ont une origine multifactorielle qui peut être déterminée par des facteurs propre à la personne ou à la maladie, des facteurs écologiques, liés à l'environnement ou à l'entourage. Ils sont souvent fluctuants en intensité et signalent une rupture par rapport au fonctionnement antérieur de la personne.

Découverte en 1906 par Aloïs Alzheimer, elle apparaît plus souvent chez les personnes âgées, mais n'est plus considérée aujourd'hui comme une conséquence normale du vieillissement.

La maladie entraîne le développement de lésions au niveau de différentes zones du cerveau. Elles sont longtemps silencieuses puis entraînent des manifestations visibles au fur et à mesure qu'elles se multiplient et touchent des zones importantes pour le fonctionnement cérébral.

La maladie est souvent associée à la perte de mémoire car ce sont les neurones localisés dans la région de l'hippocampe, siège de la mémoire, qui sont les premiers atteints.

Petit à petit, d'autres zones du cerveau sont touchées et mènent à la disparition progressive des capacités d'orientation dans le temps et dans l'espace, de l'utilisation du langage, de la reconnaissance des objets et des personnes et du raisonnement.

c) Les maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer

Ce sont des maladies qui présentent des symptômes similaires à ceux de la maladie d'Alzheimer mais dont le mécanisme, les manifestations et le traitement diffèrent dans le temps. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la maladie d'Alzheimer est la première étiologie¹¹ des syndromes démentiels et représente les deux tiers des cas.

Les autres causes de syndrome démentiel (classement décroissant en termes de nombre de malades concernés) sont les suivantes :

- **La démence vasculaire**¹² est la deuxième cause de démence, mais cette affection n'est pas dégénérative car les pertes des fonctions cognitives résultent d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou de la répétition de mini-AVC. Les dommages sont irréversibles et entraînent des symptômes proches de ceux de la maladie d'Alzheimer : difficultés d'expression, perte de la maîtrise du langage et problèmes de mémoire.
- **La maladie à corps de Lewy**¹³ est la deuxième cause de démence dégénérative. Mal connue, la maladie est due à la présence de dépôts anormaux à l'intérieur des neurones, les « corps de Lewy », du nom du médecin qui les a mis à jour. La mémoire est moins

¹¹ Etudes des causes et des facteurs d'une maladie, elle définit l'origine d'une pathologie

¹² <http://sante.lefigaro.fr/sante/seniors/demences-vasculaires/quest-ce-que-cest>

¹³ <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/la-demence-a-corps-de-lewy/>

touchée que dans la maladie d'Alzheimer, mais l'évolution de la maladie est plus rapide. Elle se caractérise par des hallucinations, des difficultés d'apprentissage, des mouvements corporels plus rares et rigides, et des tremblements des membres au repos.

- **Les dégénérescences lobaires fronto-temporales** ¹⁴: groupe de maladies hétérogènes touchant préférentiellement les lobes frontaux et temporaux du cerveau s'exprimant sous 3 formes cliniques :

- i. La démence fronto-temporale (DFT) variant comportemental (entre 40 & 60 ans): maladie dont la présentation est psychiatrique caractérisée par des changements comportementaux insidieux (apathie, négligence vestimentaire, perte d'empathie, grignotage, idées fixes...), une anosognosie¹⁵, une rupture des règles sociales, de l'agressivité et de la violence. Les troubles cognitifs apparaissent généralement après les changements comportementaux (syndrome dysexécutif, trouble du langage). Les lésions sont situées au niveau du lobe frontal, siège de la régulation des comportements.
- ii. L'aphasie progressive non fluente ou agrammatique: maladie débutant par des troubles du langage caractérisés par des erreurs grammaticales dans le discours et des troubles de l'articulation. Les lésions sont situées au niveau de l'insula.
- iii. La démence sémantique : perte progressive des connaissances générales caractérisée par une difficulté à trouver ses mots, à les comprendre, à identifier les personnes. Les lésions prédominent sur la partie avant du lobe temporal.

d) *Les troubles du comportement*

Les troubles du comportement sont des anomalies dans la façon d'agir et de réagir. Ils sont fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer. Ils varient d'un patient à l'autre et selon le stade de la maladie chez un même patient. Ils font parti des symptômes les plus difficiles à supporter par l'entourage familial. Ils aboutissent à un épuisement psychologique et physique des proches qui conduit souvent au placement du patient en institut.

Être atteint d'une maladie d'Alzheimer agit sur l'humeur et le comportement de la personne avec plus ou moins d'intensité.

e) *LE PASA*

Le PASA a pour vocation de prendre en charge quotidiennement des résidents présentant des troubles modérés du comportement en associant relaxation et stimulation. Dans ce lieu de vie l'équipe accompagne les résidents dans le bon déroulement d'une journée type « comme à la

¹⁴ <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/symptomes-et-diagnostic/maladies-apparentees/>

¹⁵ Trouble de la reconnaissance de soi

maison » autour d'activités sociales et cognitives à visées thérapeutiques ou occupationnelles : cuisine, préparation de la table, jardinage, ménage, chant, massage, peinture, atelier mémoire.

Ces activités individuelles ou collectives sont organisées et ont pour objectifs de :

- ✚ favoriser le bien être des résidents
- ✚ diminuer les troubles du comportementaux
- ✚ limiter le recours aux psychotropes
- ✚ préserver l'autonomie
- ✚ maintenir et/ou réhabiliter les capacités fonctionnelles et cognitives restantes
- ✚ mobiliser les fonctions sensorielles
- ✚ maintenir le lien social.

Sont éligibles à un PASA les résidents présentant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée dont le diagnostic a été établi par un médecin gériatre.

B) PASA : les nouvelles recommandations de l'ANESM

Les 5 et 6 juillet 2017, l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a publié de nouvelles recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant :

« L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) »

Destinées aux responsables d'EHPAD, ces documents ont pour objectif « d'indiquer aux professionnels les pratiques favorisant :

- ✚ *la mise en place d'un projet de PASA/UHR et sa pérennité,*
- ✚ *les organisations des échanges entre les professionnels des PASA/UHR et ceux de l'EHPAD, voire des services extérieurs,*
- ✚ *les activités à proposer et les activités thérapeutiques à privilégier,*
- ✚ *la place des proches,*
- ✚ *l'adaptation de l'environnement,*
- ✚ *la formalisation de partenariats avec le secteur sanitaire, le secteur médico-social, voire associatif.*

Les recommandations relatives aux PASA viennent compléter le décret du 26 août 2016 qui fixe les conditions minimales de fonctionnement et d'organisation des PASA. A ce titre, l'ANESM a

précisé que « pour les EHPAD, le décret susvisé et les recommandations de l'ANESM se substituent au cahier des charges PASA. »¹⁶

C) Contexte

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés. Des activités sociales et thérapeutiques sont proposées au sein de ce pôle dont les principales caractéristiques sont :

- ✚ l'accueil d'une population ciblée : personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement modérés,
- ✚ la présence d'un personnel qualifié, formé et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces résidents,
- ✚ l'élaboration d'un projet de soins adapté 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.

Ceci, en vue d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes ayant des troubles du comportement modérés, consécutifs particulièrement d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, hébergées en EHPAD et admises en PASA.

Le projet est en grande partie basé sur l'appel à candidature du cahier des charges de l'ARS Grand Est sur le déploiement de PASA publié en mars 2019¹⁷.

Aujourd'hui dans la région Grand Est, sur les 555 EHPAD de la région, on compte 139 PASA; 25% des EHPAD sont pourvus d'un PASA.

II. Présentation de l'établissement

L'EHPAD Marie Blaise est un établissement médico-social, privé à but non lucratif, géré par un conseil d'Administration de 12 membres qui délègue la gestion courante à une Directrice.

L'association est propriétaire des locaux.

L'EHPAD est situé au Nord- Ouest des Ardennes au cœur du village de Signy-le-Petit qui compte 1 200 habitants. Les commerces locaux peu nombreux permettent tout de même de

¹⁶ <https://www.fnadepa.com/article/pasa-et-uhr-les-nouvelles-recommandations-de-l-anesm>

¹⁷ <https://www.grand-est.ars.sante.fr/deploiement-de-14-nouveaux-pasa-en-ehpad>

répondre aux besoins quotidiens de ses habitants et des résidents de l'EHPAD. Un service de bus dessert le village vers Charleville-Mézières et Hirson.

Les principales missions de l'EHPAD Marie Blaise sont déclinées dans son projet d'établissement. Le projet d'établissement fait état de son inscription dans le schéma départemental notamment pour la création d'un PASA.

L'EHPAD est installé dans des locaux anciens qui ont été modernisés et réorganisés au moyen de différents travaux, il bénéficie d'une possibilité d'expansion grâce à un terrain attenant. Les résidents y disposent de chambres individuelles ou à deux, équipées de tout le confort nécessaire. Une véranda, une terrasse, un jardin et un parking agrémentent les extérieurs.

L'établissement accueille des personnes âgées du GIR 1 à 6, des personnes handicapées de plus de 60 ans et des profils de handicap psychique.

Celui-ci a une capacité d'accueil autorisée de 63 lits. En moyenne 85 % des résidents sont originaires du département des Ardennes. 67 % des résidents sont des femmes et la moyenne d'âge est de 82 ans. La durée de prise en charge est d'environ 4 ans ½.

L'établissement est habilité à l'aide sociale, depuis janvier 1962.

Une évaluation interne a donc été menée par les équipes de professionnel.

Différents domaines ont été étudiés :

- ✚ Le droit et la participation des résidents, la personnalisation des prestations
- ✚ L'établissement ou le service dans son environnement
- ✚ Le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre

Le GMP (Gir¹⁸ moyen pondéré) de 674 et le PMP (pathos¹⁹ moyen pondéré) de 165 ont été validés par l'ARS à la dernière validation de la coupe pathos en 2018.

III. Opportunité du projet, objectifs et motivations

A) Présentation succincte de la demande

A l'arrivée de la nouvelle direction, l'observation des résidents dans leur cadre de vie, montre qu'une partie d'entre eux ne s'intègrent pas aux activités courantes proposées en groupe.

D'autres ont des besoins de déambulation et présentent un manque de concentration qui vient renforcer cet état de fait.

¹⁸ Gir groupe iso ressource AGGIR niveau d'une perte d'autonomie de la personne âgée

¹⁹ Pathos besoins requis en soins des résidents

L'établissement a déjà élaboré un projet similaire mais dans le cadre d'une structure rénovée avec d'autres locaux qui ne sont toujours pas construits à ce jour.

Du personnel bénéficiant d'une formation ASG exerce au sein de l'EHPAD sur des postes AS, et faute de mise en place ce PASA, il ne peut mettre à profit leurs compétences, les approches et des ateliers thérapeutiques nécessaires à une meilleure prise en charge des résidents atteints de la maladie Alzheimer ou maladie apparentée.

Dès le début de l'année, une réflexion en équipe s'est posée en présence de la direction de l'IDEC, la psychologue, les 2 ASG et moi-même, afin de proposer un accompagnement de type PASA dans le bâtiment actuel.

Au vu du projet plus global de la restructuration de l'établissement qui va demander du temps à sa réalisation, des aménagements sont nécessaires.

Une analyse des espaces existants a permis de proposer l'installation d'un PASA dans la partie arrière de la salle de restaurant actuelle, celle-ci serait séparée par l'installation d'une cloison amovible, ce qui permet de la faisabilité du projet.

Cependant, cette proposition reste provisoire, dans l'attente de la création d'un PASA dans le cadre de l'opération de restructuration nécessaire à l'EHPAD.

Mon temps de présence qui représente 0.4% au sein de la structure est un grand frein et devient une difficulté afin de mener à bien ce projet, car en outre la mise en place de ce PASA afin d'élargir et de répondre au mieux aux demandes des familles en difficultés, représente un enjeu considérable pour accomplir mes missions qui sont propres au rôle de médecin coordonnateur.

B) Opportunité du projet

Une étude des caractéristiques de la population souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées fut nécessaire pour connaître la proportion des résidents ayant des pathologies démentielles et/ou psychiques.

Un tableau récapitulatif démontre la part des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées dans la population accueillies au sein de l'EHPAD.

L'estimation du nombre de personnes éligibles à entrer dans le PASA est définie selon les critères fixés dans l'instruction interministérielle ²⁰

²⁰ N°DGAS/2C/DHOS/DSS/2010/06 du 07 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du « Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 »,

Population accueillie au sein de l'EHPAD Marie Blaise

	Nbres	%		Nbres	%
Syndromes démentiels	24	38.71	Maladies de Parkinson	3	4.84
Syndrome anxio-dépressif	7	11.29	Séquelles AVC	3	4.84
Déficience	6	9.68	Idées délirantes	2	3.23
Psychose	5	8.06	Troubles caractériels	1	1.61
Sans	11	17.74			

Ainsi la proportion des pathologies Alzheimer et apparentées représente une part importante des résidents.

Les critères d'inclusions à un PASA selon les critères d'éligibilité réglementaire sont estimés suite à l'évaluation NPI réalisée d'avril à juin 2019 montrent une file active de 17 résidents susceptibles d'intégrer un PASA soit 28% des résidents.

Aujourd'hui l'EHPAD doit faire cohabiter des profils de résidents avec des pathologies diverses et différents types de dépendances, ce qui génère des tensions et intolérances des certains résidents.

Il semble que la proportion d'activités dédiées spécifiques par des professionnels formés, dans des lieux rassurants et à dimension humaine, seraient propice à l'amélioration de l'accompagnement des résidents souffrant de la maladie Alzheimer ou apparentée.

C) Les objectifs poursuivis

Le PASA est inscrit dans le projet d'établissement actuel sous la forme « réglementaire » en termes de surface et d'espace, cependant celui-ci n'a pas été mis en place suite au retard du projet architectural.

Il se justifie par la volonté d'une part de proposer un accompagnement adapté à des résidents trop peu accompagnés jusqu'alors et ainsi réduire leurs troubles du comportement et à la volonté de limiter les désagréments pour les autres résidents qui « supportent » les troubles du comportement des potentiels bénéficiaires du PASA.

Et enfin, pour les résidents, les plus autonomes de leur permettre de déjeuner avec plus d'autonomie et de tranquillité en déplaçant leur lieu de vie des repas vers la véranda (juxtaposée

à la salle de restauration), ce qui les confrontera moins qu'aujourd'hui aux résidents dépendants sur la prise des repas.

La pérennité du PASA sera assurée par la reprise du projet de restructuration nécessaire avec les travaux de plus globaux de la structure qui intégreront architecturalement les espaces nécessaires.

D) Perspectives d'évolution éventuelles quant à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

L'établissement accueillant une part importante de personnes avec des démences, ce type d'accueil complémentaire à pour but une prise en charge adaptée à ce public.

Les familles ainsi que les résidents devront donner leur accord pour intégrer le PASA.

Le suivi de l'évolution sera assuré par 2 ASG formées. Une action de formation complémentaire pour 2 ASG supplémentaires est prévue dès que l'établissement aura reçu l'accord de l'ARS pour ce projet, ceci afin d'assurer la continuité d'une bonne prise en charge des résidents concernés par le PASA.

Au vu des éléments de suivi recueillis, le comité pluridisciplinaire devra évaluer et mettre en place le bénéfice que pourra apporter le PASA aux résidents bénéficiant de ce dispositif, et dénombrés éventuellement les difficultés rencontrés, ce qui amèneraient à l'équipe pluridisciplinaire de statuer sur la nécessité ou non de poursuivre la prise en charge du résident et de revoir à l'orientation de ce dernier.

Ces réunions de concertation et d'évaluation devraient se réunir au minimum à 1 mois après l'entrée dans le PASA et se poursuivront environ tous les 15 jours.

Des protocoles devront alors être rédigés au cours de ces réunions afin de structurer les actions des soignants.

Actuellement la sortie du PASA ne peut aboutir que vers l'EHPAD classique. Si la grabatisation s'installe, des activités individualisées pourraient être mises en place (musique en chambre, des soins de confort et de discussion).

Dans un avenir plus lointain de 3 à 4 ans, l'établissement devra avoir subi une restructuration et verra certainement son offre de service évoluer mais le projet reste à écrire.

En externe, les résidents et les familles seront informées des possibilités de prise en charge en unité protégée, ou UHR si les critères sont respectés.

IV. Projet du Pôle d'activités et de Soins Adaptés

A) L'admission

a. Les critères d'admission

- ✚ Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée devra être posé
- ✚ les troubles du comportement seront mesurés via l'échelle NPI ES avec un score supérieur et à 3 à au moins 1 des items de l'échelle de l'évaluation. Ces éléments respecteront ainsi les critères d'admission. Les troubles altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents, dont l'ampleur est mesurée par l'échelle de retentissement du NPI ES entre 2 et 4, et qui interviennent selon une fréquence d'au moins une fois par semaine lors du mois précédent.
- ✚ L'absence de syndromes confusionnels
- ✚ La capacité à la mobilité seul, y compris en fauteuil roulant
- ✚ L'absence de critère d'admission en UHR (score NPI ES supérieur à 7 et un retentissement de 5)
- ✚ L'évaluation des résidents de l'EHPAD aboutit à ce jour à une file active de 17 résidents qui correspondent à ces critères, soit près de 28 % des résidents, ce qui représente une proportion substantielle de la population accompagnée.

Une modification sera apportée sur le contrat de séjour, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement afin de clarifier les critères et les modalités de fonctionnement dès validation du projet.

b. La procédure d'admission

L'évaluation NPI ES réalisée sera validée par le comité pluridisciplinaire avant l'ouverture du PASA

Le médecin coordinateur qui préside ce comité réalisera un entretien avec le résident afin de recueillir son accord en fonction de ses capacités cognitives.

Ensuite un entretien avec la famille sera organisé en équipe pluridisciplinaire composée de l'IDEC, psychologue, ASG et encadré par le médecin coordonnateur. A l'issue de cette rencontre, l'organisation ainsi que le bénéfice du PASA pour leur parent sera expliqué à la famille, les critères d'entrée et de sortie seront exposés et une proposition d'intégration au sein du PASA sera alors envisagée.

A charge au médecin coordonnateur d'informer les médecins traitants pour obtenir leur adhésion avant l'admission de leurs patients pour réaliser et assurer leur suivi. La rédaction d'un protocole a été formalisée.

B) B. La sortie

a. Les critères de réorientation

L'évolution de la pathologie, le refus ou le renoncement du résident ou sa famille conduiront à la sortie du PASA.

Lorsqu'un résident sera en perte d'autonomie avec une baisse des capacités cognitive et/ou comportementale (grabatisation, majoration des troubles du comportement), le PASA n'étant plus adapté à son état, il ne pourra plus bénéficier de cette prise en charge.

Si le suivi du résident démontre que les critères d'entrée ne sont plus adaptés, le comité pluridisciplinaire se prononcera sur la réorientation.

Les critères de réorientation sont en cours d'inscription dans le livret d'accueil, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement.

b. La procédure de réorientation

Les informations sur le suivi des résidents régulièrement établies par les ASG ainsi que les réunions de suivi constituent la base documentaire à la procédure de réorientation.

Une réunion entre les ASG et la psychologue sera prévue 1 fois par semaine et une réunion en équipe pluridisciplinaire se programmera mensuellement pour se positionner sur l'inadaptation au PASA en fonction de l'évolution des besoins des résidents et les critères détaillés.

Le comité en lien avec le résident et la famille décide de la réorientation du résident vers l'EHPAD où vers une solution externe.

La sortie devra être effectuée avec le plus de management possible en vue d'une adaptation positive dans l'EHPAD classique.

Le médecin coordonnateur contactera le médecin traitant pour l'en informer et lui proposer des solutions alternatives externes (unités protégées, UHR...)

C) Les dispositions prévues pour garantir le respect des droits des usagers et l'intégration de la famille

Les droits et libertés des résidents sont garantis via les informations nécessaires lors de l'entretien avec le médecin coordonnateur chargé d'obtenir leur consentement.

En cas d'hésitation du résident, il pourra être proposé aux résidents éligibles de venir faire des périodes test au sein du PASA.

Le consentement est formalisé par la signature d'un avenant au contrat de séjour après les entretiens évoqués dans la procédure d'admission et une personne de confiance sera désignée.

La participation de la famille sera recherchée avant l'admission par un ou plusieurs entretiens avec les professionnels, l'adhésion de la famille sera formalisée dans le cadre d'un compte rendu qui sera intégré dans le projet d'accompagnement personnalisé du résident.

Les familles pourront se rencontrer à la demande des professionnels et prendre connaissance des activités réalisées et du planning de participation.

Le suivi et l'évaluation des impacts seront communiqués annuellement en période de révision des projets individualisés, sauf si des événements particuliers ou des changements avaient eu lieu et relevés par l'équipe.

Il pourra être envisagé, périodiquement, la participation des familles, à des événements particuliers dans le PASA, comme les anniversaires.

L'impact de participation sera évaluée quant à ses conséquences sur le bien être des résidents pour devenir pérenne.

De manière plus générale une enquête de satisfaction sera menée dans l'année suivante auprès de l'ensemble des résidents et des familles.

Les résultats seront communiqués au conseil de vie social (CVS). Ce conseil de vie social a pour but d'informer les résidents et les familles sur la vie et les projets de l'établissement, de recueillir leur avis sur la vie et les prestations qu'offre l'établissement dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue.

Ce conseil est composé de trois représentants des résidents, trois représentants des familles et deux représentants du personnel, un de la commune, d'un administrateur et de la Direction.

Il se réunit trois à quatre fois par an, à l'issue de ces réunions des comptes rendus sont rédigés par la Direction et transmis aux membres du conseil de vie social.

Le CVS a été consulté sur la mise en œuvre du PASA lors de la réunion du 12 avril dernier et un avis favorable a été prononcé.

Des moyens sont prévus pour le signalement et la gestion des situations et/ou événements complexes

D'une façon globale, les événements indésirables feront l'objet de la rédaction d'une fiche idoine (fournie par les autorités) par l'agent qui sera témoin de ces faits.

Ces fiches seront transmises à la Direction en lien avec l'IDEC ou inversement.

Selon le degré de gravité, l'urgence ou la récurrence de la problématique pour les faits ayant un impact potentiel médiatique, la fiche sera transmise par mail aux autorités avec les mesures ayant été prises.

Dans le cas contraire ou le degré de gravité est moindre, ces fiches seront reprises par l'équipe pluridisciplinaire qui se réunira chaque mois.

Le recherche sera collective et un suivi se fera mois par mois en attendant ces rencontres les actions menées seront mises en place.

Dans le cadre du PASA, la gestion des situations complexes fera l'objet d'un échange pluridisciplinaire animé par le médecin coordonnateur sur la base de la fiche événements indésirables.

Ces situations alimenteront la réflexion pour aboutir à la rédaction d'un protocole de gestions des risqué et des conduits à tenir.

Dans le cadre des suivis des ASG, ces situations seront également abordées avec la psychologue.

D) Le projet spécifique du PASA

a. Les modalités de fonctionnement

Le PASA sera ouvert dans un premier temps trois jours par semaine, les lundis, mercredis et vendredis de 9h à 17h.

Au fur et à mesure de la montée en charge, des jours complémentaires seront envisagés en réservant des temps de préparation aux ASG.

Des groupes de résidents seront constitués en équipe pluridisciplinaire et validés par le médecin coordonnateur. Ces groupes seront révisés régulièrement en fonction de l'évolution de la population hébergée dans l'EHPAD.

Un roulement prévisionnel des groupes sera organisé. Ce roulement doit cependant rester souple et s'adapter en fonction des impératifs quotidiens.

De ce fait une organisation a été réfléchié en équipe, une assistante de soins en gérontologie (ASG) sera chargée d'aller chercher les résidents entre les unités d'hébergement et le PASA après que les soins d'hygiène soient effectués par les AS et la seconde les accueillera au sein du PASA,

La même procédure s'effectuera pour la sortie du PASA vers l'EHPAD avec un accueil prévu par l'équipe soignante dans la salle de vie commune de la structure ou la chambre en fonction des souhaits et des habitudes de chaque résident.

À l'arrivée un "café d'accueil" sera servi qui aura été préparé par la cuisine et apporté aux PASA.

De la même manière, le déjeuner sera préparé en partie ou en totalité par la cuisinière et stocké dans un meuble chaud sous forme de plat de service.

Selon les jours, les menus et la population accueillie, il est possible que les résidents participent à la préparation d'une partie du menu (entrée, plat, salade, dessert ou goûter). La cuisinière sera avertie par les ASG, des projets quotidiens allant en ce sens.

La table sera dressée par les résidents, une ASG sera en charge d'aller récupérer les plats qui permettra aux résidents de se servir, ou en cas d'impossibilité la cuisinière pourra elle-même apporter les plats.

La collation de 16h sera préparé dans le PASA avec les résidents, si une cuisson est nécessaire, elle pourra s'effectuée dans la cuisine adjacente.

b. Signalement des troubles du comportement

Chaque jour les ASG réaliseront un compte-rendu du déroulement de la journée du groupe accueilli. Celui-ci restera dans un classeur du PASA et pourra être consulté en permanence par les professionnels de la structure.

En parallèle, ils seront chargés de noter chaque jour dans le dossier informatisé du résident, les éléments importants concernant leur comportement, les troubles ou progrès constatés. A cet effet, ils disposeront d'un accès informatisé aux dossiers des résidents dans les locaux du PASA.

c. Les activités d'animation à effet thérapeutique

Le PASA proposera des activités individuelles et collectives.

Ces activités concourent :

- au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physiques...)
- au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage...)
- à la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie...)
- au maintien des liens sociaux (repas, art...)

Ces différentes activités sont organisées au moins une fois par semaine et varient en fonction des groupes accueillis et des capacités des résidents.

Les activités collectives ou individuelles s'intégreront dans l'accompagnement personnalisé du résident.

L'objectif thérapeutique sera de maintenir le lien social, de mobiliser les fonctions sensorielles, retrouver les gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, cuisine, se servir...), maintenir, stimuler ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes et prévenir les troubles de la marche et de l'équilibre.

L'évaluation de l'accompagnement sera régulièrement évaluée et adaptée à l'évolution de l'état du résident.

En lien avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant, l'équipe du PASA déterminera, en fonction des progrès et de la perceptivité du résident aux activités, la fréquence hebdomadaire des séances, et dans la durée, la poursuite, la suspension ou l'arrêt de cette activité de réhabilitation en fonction des bénéfices qu'en retire le résident et de la façon dont se déroulent les séances.

Pour les professionnels, une réunion mensuelle du comité pluridisciplinaire et un point hebdomadaire avec la psychologue seront organisés.

Les groupes seront constitués à partir de la liste issue de l'évaluation NPI ES. Ils seront élaborés à partir des profils résidents qui devront constituer un groupe homogène. La connaissance des résidents et de leurs préférences et capacités permettra de les orienter, sans omettre de vérifier leur accord, vers certaines activités afin de ne pas les mettre en échec mais pour les valoriser.

Un planning hebdomadaire des résidents sera défini et affiché, afin que les salariés prennent connaissance en vue d'anticiper les toilettes, renseigner les familles, et permettre à l'ensemble du personnel de savoir où le résident se situe en cas d'alerte incendie et ainsi effectuer l'évacuation le cas échéant.

Les activités pourront se proposer en "grand groupe" de 6-8 résidents ou en plusieurs groupes de façon croisée de 3 à 4 résidents.

Après une période de recul et d'observation par les ASG, chaque résident pourra faire l'objet d'un programme spécifique adapté à ses capacités, ses préférences. Les jours de participation en tiendront compte.

Une journée devra comprendre 4 ateliers, voire plus si les résidents n'adhèrent pas à l'activité proposée. Une souplesse sera nécessaire dans l'organisation de manière à proposer une autre activité.

d. Les modalités de suivi et d'évaluation de cet accompagnement individualisé

Les éléments évalués pour analyser l'impact du PASA seront l'évolution de la grille NPI ES : l'évolution de la prise médicamenteuse et l'évolution de la grille d'agitation.

Les informations recueillies via le PASA seront intégrées dans le dossier résident pour faciliter le suivi par les autres membres de l'équipe.

Le médecin coordonnateur est présent à 0.4 équivalent temps plein reparti sur 4 jours de la semaine. Il préside le comité pluridisciplinaire PASA et anime donc l'équipe lors des réunions mensuelles.

Il participe à la définition des critères d'évaluation individualisés et assure le suivi des aspects médicamenteux et leur évolution.

e. Les modalités d'accompagnement et de soins appropriés

Afin de bien cadrer les modalités et de soins appropriés, des protocoles ont été rédigés mais certains restent encore à écrire.

Ces protocoles une fois activés seront questionnés avec le recul d'un temps de fonctionnement lors des réunions mensuelles du comité pluridisciplinaire.

Pour les autres membres du personnel, ces protocoles pourront être discutés, les observations et propositions remontées via la réunion pluridisciplinaire du 2ème jeudi du mois.

D'une façon générale, ils sont revus en cas de modification organisationnelle ou règlementaire.

Chaque protocole sera accompagné d'une fiche d'émargement assurant ainsi sa prise de connaissance.

Une évaluation ponctuelle de la connaissance des protocoles devra être organisée par le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice.

f. Un accompagnement personnalisé de vie et de soin

A l'arrivée du résident son dossier individuel sera constitué avec les premiers recueils des habitudes de vie et les attentes du résident ou sa famille.

Il sera complété par un rendez-vous avec le psychologue dans un délai 3 à 4 semaines, puis par l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé et de l'évaluation de la dépendance.

Ces éléments sont informatisés comme le projet de soins et pourront être complétés tout au long du séjour par des informations ou constatations de l'équipe soignante.

Un référent sera désigné pour chaque nouveau résident parmi les infirmières et aides soignantes de l'établissement, celui-ci sera le garant de la mise en place du projet, il veillera notamment à faire respecter les objectifs définis lors de l'élaboration du projet de vie.

Le projet d'accompagnement personnalisé sera revu, au minimum annuellement (ou autant que nécessaire, si l'évolution de l'état de santé du résident le nécessite) par les référents et la psychologue, pour faire un point sur les objectifs et les adapter en fonction des capacités résiduelles du résident et de ses souhaits qui peuvent également évoluer.

La participation de la famille et du médecin traitant doivent être actée dans le cadre du projet d'accompagnement personnalisé et un volet PASA sera intégré pour les résidents concernés.

Les troubles du comportement seront réévalués par le médecin coordonnateur, chaque situation sera discutée chaque mois en comité pluridisciplinaire PASA.

Une fois par trimestre, si les troubles demeurent ou évoluent malgré les actions entreprises et décidées en équipe, le médecin coordonnateur avec la psychologue réévaluent les troubles du comportement et le lien est fait avec le médecin traitant pour une adaptation éventuelle du traitement ou pour envisager une autre solution interne ou externe, notamment en cas de troubles aigus du comportement qui nécessiteraient un passage en UHR, en UCC ou un accompagnement en unité protégée (la décision peut bien sûr être prise plus rapidement en cas de troubles graves ou aigus).

L'information sur les troubles du comportement fera l'objet d'une rédaction de fiches d'évènement indésirables par le biais des transmissions écrites selon leur gravité..

Ces constatations et leurs incidences pourront aboutir à une proposition d'activités différentes ou à une réorientation du résident.

E) Le personnel spécifiquement dédié au PASA

a. L'organigramme prévisionnel

Tableau des effectifs prévus :

ETP	Effectifs actuels dédiés au PASA (1)	Effectifs dédiés supplémentaires dont la création est sollicitée	Effectifs dédiés cible (1)+(2)
Psychomotricien			
Ergothérapeute			
ASG (assistants de soins en gérontologie)		2	2
Psychologue	0.15		0.15
Médecin coordonnateur	0,10		0.10
IDEC	0.10		0.10
TOTAL	0,35		2,35
Ratio soignant	0,029 ETP / place		0,195 ETP /place

b. Le personnel

L'accompagnement des personnes désorientées demande une implication et un engagement de tous les instants.

Cet accompagnement peut mettre l'agent face à des situations stressantes et émotionnellement prenantes et pesantes.

Aussi un suivi de ce personnel est indispensable pour libérer la parole et exprimer les difficultés rencontrées.

Un suivi hebdomadaire par le psychologue, voire avec l'IDEC ou médecin coordonnateur doit permettre une supervision et des échanges en équipe pluridisciplinaire mais également permettre la prise de recul nécessaire sur les situations difficiles et adapter les comportements et pratiques.

L'arrivée un nouveau collaborateur est source d'inquiétude à savoir la motivation, l'implication, la capacité d'adaptation au rythme de travail qu'incombe un EHPAD.

De ce fait tout nouveau professionnel fera l'objet d'un encadrement d'au moins une semaine par un agent expérimenté afin d'observer, de faire connaissance des résidents, de prendre en main l'organisation et prendre ses marques au sein du PASA.

L'établissement souhaitant promouvoir l'accompagnement de futur professionnel, les stagiaires seront accueillis et un tuteur sera désigné afin d'évaluer leurs compétences pratiques et connaître leurs niveaux d'expériences.

Un bilan de stage sera réalisé avec les organismes de formation (Lycée professionnel, IFSI...), et fera l'objet d'une rédaction d'un rapport sur la période écoulée.

En ce qui concerne la prise en charge au sein du PASA, nous avons prévu qu'aucun stagiaire ne sera accueilli, et ce afin de limiter les troubles du comportement ou de mettre le stagiaire en difficulté.

c. La formation du personnel

À ce jour deux agents sont déjà titulaires du statut ASG, formation dispensée respectivement en 2013 et 2014 par un organisme de formation Ardennais.

Il est indispensable de définir un plan de formation et les modalités de formation des AS, AMP et d'autres personnels susceptibles d'intervenir au sein du PASA. Et ainsi pour faciliter l'accès à la formation du personnel de l'EHPAD à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, d'autres formations seront programmées.

En prévision, deux autres agents sont définis à la formation ASG, elles seront donc dispensées dès réception de l'accord de l'ARS. L'établissement disposant d'une équipe d'AMP, celles-ci seront à même définis pour effectuer des remplacements et favoriser l'accompagnement des résidents.

Un groupe de 26 membres du personnel a suivi en interne, une formation spécifique à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie Alzheimer. Cette formation leur a permis d'avoir des bases et de comprendre la pathologie, d'adapter leur posture professionnelle et d'identifier les troubles du comportement.

d. L'organisation de la continuité des soins

Le projet de soin qui assure la continuité des soins fait partir intègre du projet d'établissement.

Il est le reflet d'un travail pluridisciplinaire entre tous les membres du personnel de l'EHPAD, et assure une prise en charge holistique de chaque individu.

Dès l'arrivée d'un résident, un plan de soin est élaboré en tenant compte de l'histoire vie du résident, de ses capacités cognitives, fonctionnelles et sensorielles, de ses attentes et celles de sa famille.

Afin d'assurer une continuité des soins entre le PASA et les unités d'hébergement, celui-ci sera alimenté par toute personne intervenant auprès du résident par une liaison informatique qui sera assurée par les ASG dès qu'une information sera essentielle et importante pour la prise en charge.

Les infirmières interviendront au sein du PASA pour assurer la distribution des traitements, des transmissions seront assurées entre l'équipe soignante de l'EHPAD, les IDE et une des ASG intervenant au sein du PASA.

L'équipe de nuit réalisera des transmissions écrites sur le dossier de soin du résident sur les évènements survenus la nuit et transmettra oralement à l'équipe de jour lors de la relève nuit/jour.

Toutes observations sur les troubles du comportement seront signalées au médecin coordonnateur qui après concertation en équipe lors des réunions statuera sur le devenir du résident et/ou sa réorientation, qui seront transmises au médecin traitant par le médecin coordonnateur.

V. L'environnement architectural

Selon le cahier des charges relatives au PASA²¹, les plans architecturaux présentés doivent comporter :

L'entrée :

Espace de transition avec l'extérieur du PASA, la conception de l'entrée du pôle fait l'objet d'une attention particulière, elle permet la sécurité des résidents tout en évitant de créer des situations anxiogènes.

Les espaces de convivialité et de vie sociale :

Le PASA 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 le pôle permet de limiter les déplacements des résidents à l'extérieur.

Les espaces d'activités et de soins :

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:

- 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,

²¹ <http://www.maison-retraite-grisolles.fr/ss-services/ss-pasa-snoezelen/pasa-cahier-des-charges-dgas.pdf>

- soit, d'un espace de soins et de «bien-être»,
- soit, d'un espace de jeux,
- autre....

Les espaces extérieurs :

Que le pôle soit situé en rez-de-chaussée ou à l'étage, il doit s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse clos(e) et sécurisé(e). Cet espace est librement accessible aux résidents.

Les espaces de services :

Le pôle dispose des locaux de services nécessaires à son fonctionnement : vestiaires, locaux de linge propre et de linge sale...

Le PASA dérogatoire proposé dans l'attente de travaux de restructuration lourds, disposera d'une grande pièce d'environ 42.m² séparée de la salle de restauration par une cloison mobile avec porte sans obstacle de rail au sol.

S'y ajoutera une terrasse extérieure d'environ 60 m² avec accès différencié de l'EHPAD.

L'espace sera organisé en 3 zones :

- ✚ Espace repas avec une table commune et un buffet
- ✚ Espace d'activité avec 2 tables rondes et des chaises
- ✚ Espace repos avec 2 fauteuils relax et un canapé

Les espaces hygiène se situeront par dérogation à l'extérieur du PASA, des WC accessibles sont à proximité à côté de la salle de restauration et une salle de bain commune est au rez-de-chaussée avec douche accessible et toilettes. (Plan annexe 1 page 34)

Le PASA répondra à la réglementation relative à l'accessibilité des ERP²² (arrêtés du 1^{er} Aout 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation) et ERP type J établissements ayant pour vocation principale d'héberger des personnes âgées présentant des difficultés d'autonomie, quel que soit l'effectif du public accueilli si la capacité d'hébergement de l'établissement est supérieure ou égale à 25 (arrêtés du 19 novembre 2001 et 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie)

VI. Partie financière

Le PASA dérogatoire est proposé avec un minimum de travaux en raison du projet global de restructuration qui d'ici fin 2019 aura une orientation précise entre les options de reconstruction complète ou grosse restructuration et extension importante des surfaces.

²² ERP établissement recevant du public

Les travaux nécessaires sont donc limités à la pose d'une cloison mobile de 6.40 m de long sur 2.65 m de hauteur avec une porte d'entrée intégrée.

L'option de quelques panneaux semi vitrés est étudiée, et en attente de réception de devis. L'isolation acoustique choisie est de l'ordre de 41 décibels.

Ces travaux poses comprises mobilisent une enveloppe de 13 860€, à laquelle s'ajoute l'acquisition des biens mobiliers pour meubler le PASA et l'équipement pour le fonctionnement, soit un budget d'investissement de 17 860€ amorti sur 5 ans, soit 3752 € d'amortissements annuels.

Le budget de fonctionnement annuel, sur la base d'un PASA de 12 places, s'élève à 95 072 € y compris les charges de personnel imputables à la section soins soit 88 000 €.

Les frais imputables à l'hébergement se limitent au compte achat : repas et collations et aux amortissements cités ci-dessus. Soit un impact sur le prix de journée de 0.31€ pour la mise en place du PASA.

Je rappelle ici qu'il s'agit d'un PASA dérogatoire dans l'attente de travaux plus conséquent et plus onéreux pour lesquels les impacts seront d'un autre ordre et les financements feront appel à des subventions publiques auprès de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre plan d'aide à l'investissement (PAI) et du conseil départemental dans le cadre du FAIS (Financement des Allocations Individuelles de Solidarité).

Problématique

Actuellement nous accueillons des personnes d'orientation psychiatrique afin de pouvoir améliorer notre taux d'occupation et ainsi permettre à l'établissement d'accueillir les personnes âgées.

Suite à la conception de mon cadre conceptuel, et du projet de la réflexion sur la mise en place d'un PASA dérogatoire avec l'ensemble du personnel et la direction de l'EHPAD Marie Blaise, de nouveaux questionnements sont venus tourmenter mes pensées et ainsi mon positionnement en tant que médecin coordonnateur au sein de la structure.

Ce changement de population impacte notre établissement, se pose alors de nombreuses questions sur l'accompagnement de ces personnes : à défaut d'autres solutions adaptées, faut-il les accueillir au sein d'un PASA ?

Quelles sont les limites de cet accueil ?

Comment gérer une file active qui se réduit du fait de l'accueil dans l'EHPAD d'une population qui se transforme ?

Comment le médecin coordonnateur peut-il s'organiser pour mener à bien son projet ?

Méthode

A) Population interrogée

Le questionnaire présenté en (annexe 2 page 37), a été envoyé aux 31 établissements des Ardennes et était adressé particulièrement aux médecins coordonnateurs des EHPAD. Sur les 31 envoyés, seuls 25 questionnaires ont été réceptionnés. Ce qui est peu pour répondre favorablement à mes questionnements.

B) Conception du questionnaire

Le questionnaire a été conçu de façon à connaître l'existence ou non d'un PASA au sein des EHPAD. Au total 8 questions sont posées afin de connaître l'implication ou non du médecin coordonnateur et son temps de présence.

C) Résultats

Dans les 25 établissements interrogés, dix établissements possèdent un PASA.

Comme indiqué illustration 1



Illustration 1 : existence d'un PASA

Le deuxième diagramme représente illustration 2 indique le temps de présence du médecin coordonnateur. La moitié des EHPAD interrogées, le médecin coordonnateur exerce un 0.4 équivalent temps plein.

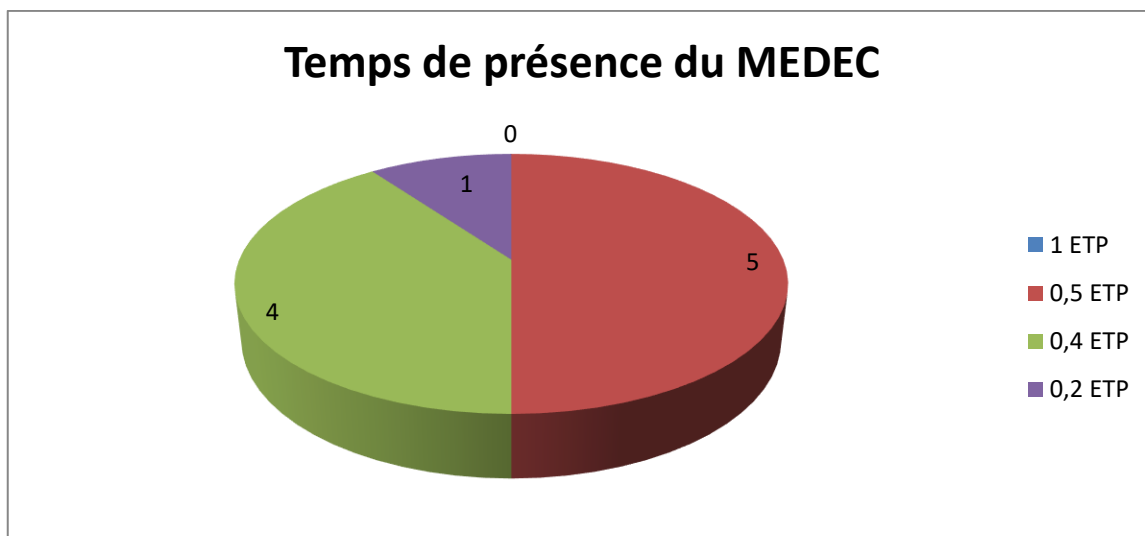


Illustration 2 : temps de présence du médecin coordonnateur

Selon l'illustration 3, huit PASA étaient déjà mis en place à l'arrivée du médecin coordonnateur, seulement deux EHPAD en étaient dépourvus.

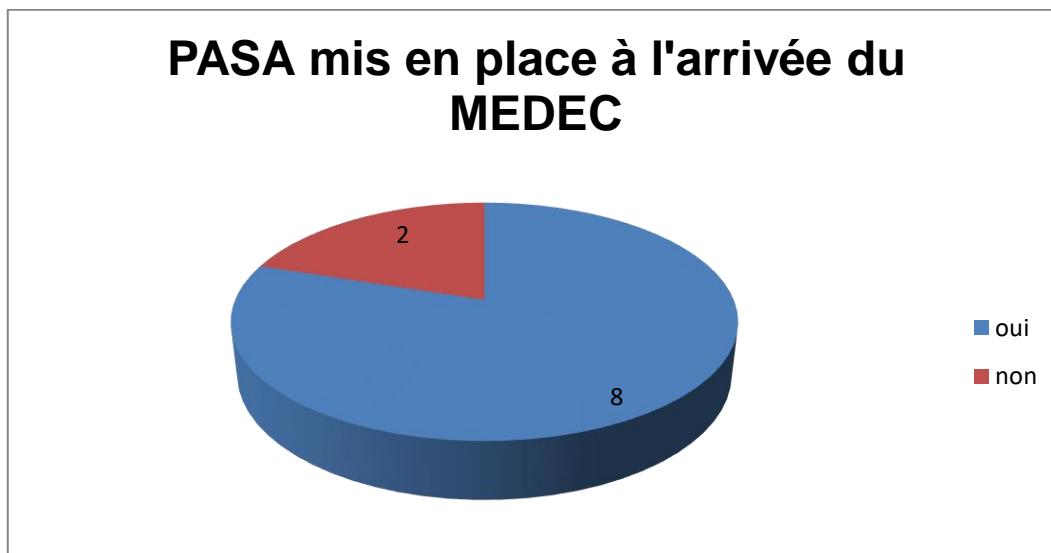


Illustration 3 : PASA déjà en place à l'arrivée du MEDEC

L'illustration 4 représente l'initiation à la création d'un PASA, étant donné que plusieurs réponses étaient possibles, ce diagramme montre qu'un seul médecin se serait investi pleinement à la création conjointement avec l'ensemble du personnel, on peut supposer par ailleurs que le projet d'une création d'un PASA serait insufflé par la Direction.

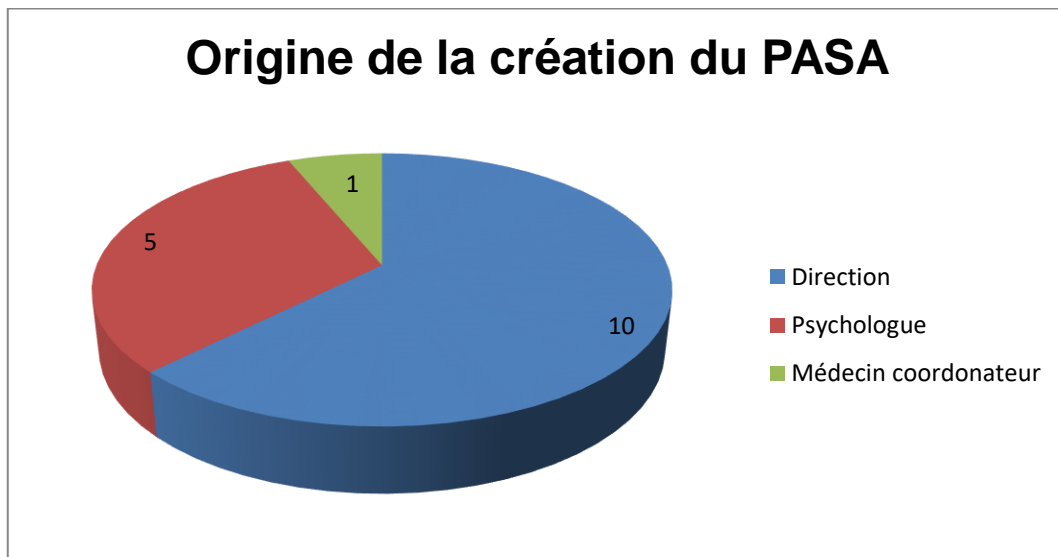


Illustration 4 : Origine de la création du PASA

Seul un médecin coordonnateur s'est impliqué à la mise en place du projet PASA (illustration 5)

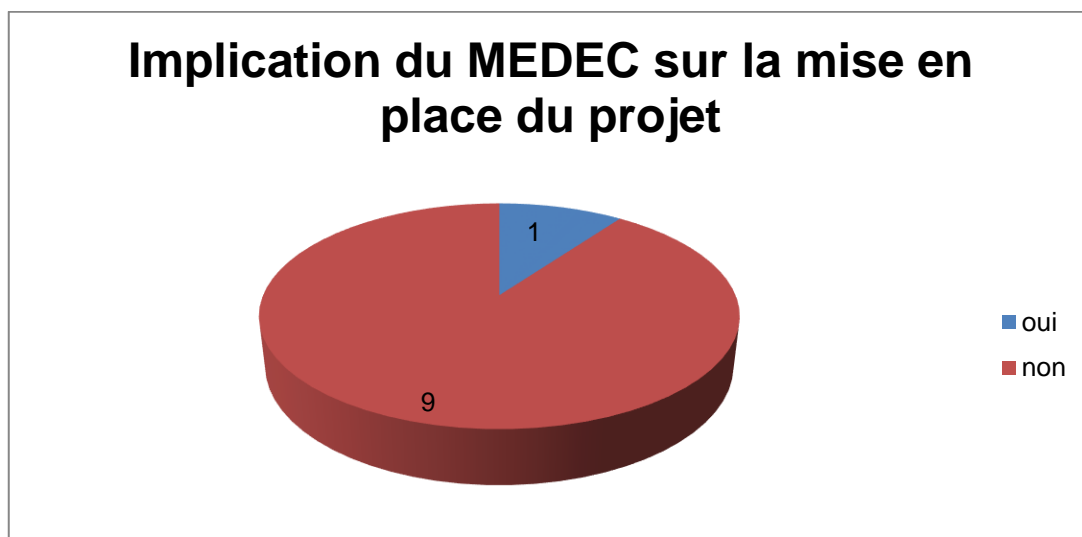


Illustration 5 : Implication du MEDEC

Selon le diagramme 6, je constate qu'en règle générale le médecin coordonnateur se rend disponible sur l'organisation au sein du PASA.

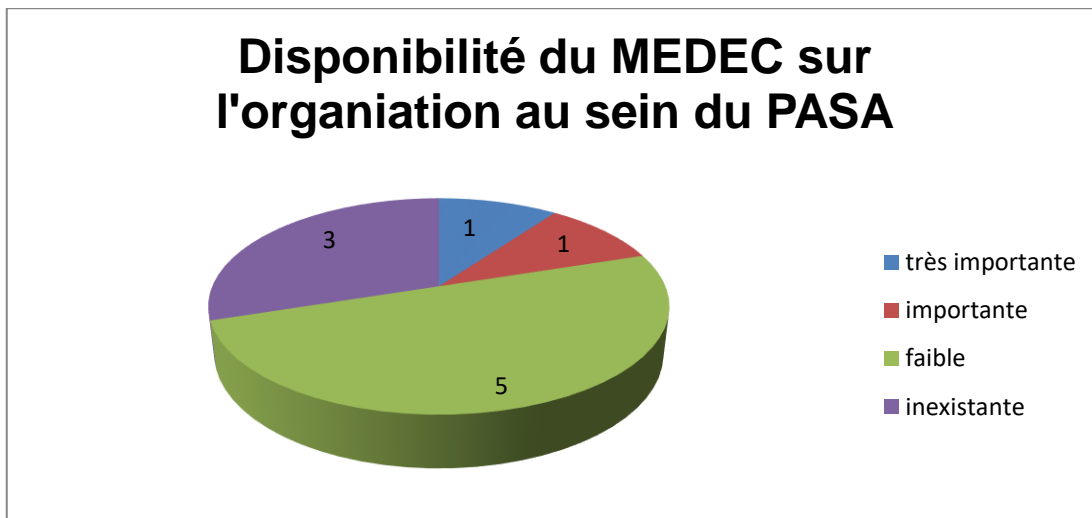


Illustration 6 : Disponibilité du MEDEC sur l'organisation au sein du PASA

Comme indiqué ci-après, sept établissements constatent qu'une dynamique positive s'est fait ressentir au sein du projet selon l'illustration 7.

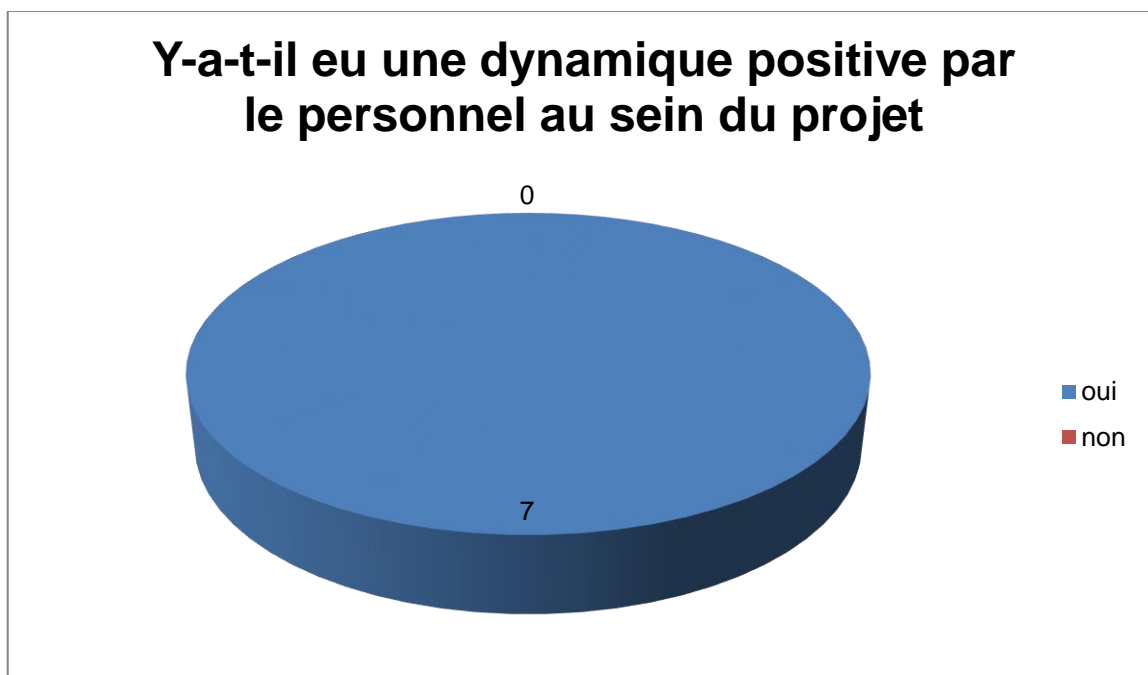


Illustration 7 : dynamisme positive par le personnel pour le projet

Synthèse et discussions

Je noterai quelques limites à l'enquête réalisée : le questionnaire était destiné aux médecins coordonnateurs des EHPAD des Ardennes, en effectuant mes recherches, j'ai recensé 31 établissements auxquels le questionnaire a été envoyé.

De plus le nombre de questions a été limité afin que d'y répondre ne soit pas trop fastidieux.

Lors de la rédaction de ce mémoire, je m'aperçois qu'il aurait peut-être été plus judicieux de faire cette enquête à la région Grand Est, ce qui aurait pu permettre d'avoir d'avantages de réponses à mon questionnement et d'étayer ma problématique.

Pour rappel, ma question initiale était : en quoi le médecin coordonnateur se trouve-t-il mobilisé dans la stratégie de l'EHPAD.

Malgré ces limites, les résultats obtenus permettent d'ores et déjà de tirer quelques conclusions.

Sur les dix établissements possédant un PASA, seul 2 d'entre eux ne possédaient pas de PASA à l'arrivée du médecin coordonnateur.

Dans les EHPAD interrogées, seul un médecin s'est senti pleinement impliqué dans la création et la mise en place d'un projet PASA. Certains d'entre eux ne se sont pas investis mais malgré cela ils restent néanmoins disponibles au sein du PASA, même si pour certains d'entre eux ils pensent qu'ils sont faiblement disponible.

Il apparaît effectivement que la mise en place de ce projet est chronophage et laisse peu de latitude aux médecins coordonnateurs pour mener à bien et de front toutes les missions en sus de l'investissement et l'implication que de tels projets incombent.

Dans la plupart des établissements, des modalités de coordination du PASA ont été mises en place pour assurer un suivi des résidents, des activités et des professionnels exerçant dans le PASA.

En général, cette fonction est assurée par :

- ✚ Un cadre de santé
- ✚ Un psychologue ou un infirmier coordonnateur

Je note également que ces médecins coordonnateurs aimeraient s'impliquer davantage dans leurs établissements.

Les établissements insistent sur l'importance de cette fonction de coordination avec des temps de réunions spécifiques et des modalités de transmission des professionnels exerçant ou non dans un PASA.

Les médecins coordonnateurs interviennent généralement pour les entrées, les sorties des résidents, leur évaluation et le suivi de l'accompagnement.

Dans quelques établissements, ils ont un rôle plus important dans la constitution des groupes, le suivi des résidents, des activités, et la prise en charge des troubles du comportement.

Conclusion

Dans un contexte bien marqué de désertification médicale au sein de notre région, et pour répondre aux réglementations qui imposent aux établissements d'avoir un médecin coordonnateur, la plupart des médecins ont une activité libérale qui ne leur permette pas de s'investir pleinement au sein de l'organisation de l'EHPAD. Ils se sentent parfois démunis pour mener à bien leurs missions et la difficulté de s'impliquer pleinement aux différents projets que les établissements souhaitent développer. Leurs rôles se limitent parfois aux visites de pré-admissions et à l'orientation des résidents dans leurs prises en charge.

Il est à noter également que certains médecins coordonnateurs ont la double casquette de médecin traitant au sein de l'EHPAD, ce qui diminue leur disponibilité à l'organisation et la mise en place des projets.

La plupart des créations de projet au sein des établissements est initié par le Directeur qui en ait le moteur principal, le médecin coordonnateur reste son conseiller technique avec lequel il forme un binôme.

Malgré ma participation à des réunions de travail, à la création et à la rédaction du projet, mon rôle de médecin coordonnateur s'est limité à la décision d'orientation selon la file active que le psychologue avait établie avec l'ensemble du personnel qui s'est impliqué à la mise en œuvre du projet. Et ce afin d'offrir une attractivité et une diversification de la prise en charge et ainsi permettre à l'établissement de poursuivre son activité auprès des personnes âgées atteints de la maladie d'Alzheimer de notre secteur.

Dans l'EHPAD où j'exerce c'est principalement le psychologue qui sera en charge du pilotage global du projet. Pour ma part, un tiers des résidents de l'EHPAD Marie Blaise font partie de ma patientèle d'où le manque de temps pour le management du projet.

Aujourd'hui notre accueil de personnes d'horizon psychiatrique, L'EHPAD Marie Blaise ne pourrait-il pas s'orienter pas vers une UHR ?

Bibliographie

[a] HAS : haute autorité de santé

[b] ANESM : agence nationale des établissements sanitaires médicaux sociaux

[c] Synthèse des travaux d'Alzheimer et les maladies apparentées 25 mai 2018 service de presse de l'HAS

[d] Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

[e] <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-maladie-neuro-dégénérative-2014-2019>

[f] <http://www.has-sante.fr>;

[g] Mobiqua consulté le 06/08/2019 http://www.mobiqua.org/alzheimer/SOURCES/ETBS-DIAPORAMAS/AUTOUR_DU_PATIENT/PDF/A1.PATHOLOGIES_DEMENTIELLES.pdf

[h] Etudes des causes et des facteurs d'une maladie, elle définit l'origine d'une pathologie

[i] <http://sante.lefigaro.fr/sante/seniors/demences-vasculaires/quest-ce-que-cest>

[j] <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/la-demence-a-corps-de-lewy/>

[k] <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/symptomes-et-diagnostic/maladies-apparentees/>

[l] <https://www.fnadepa.com/article/pasa-et-ubr-les-nouvelles-recommandations-de-l-anesm>

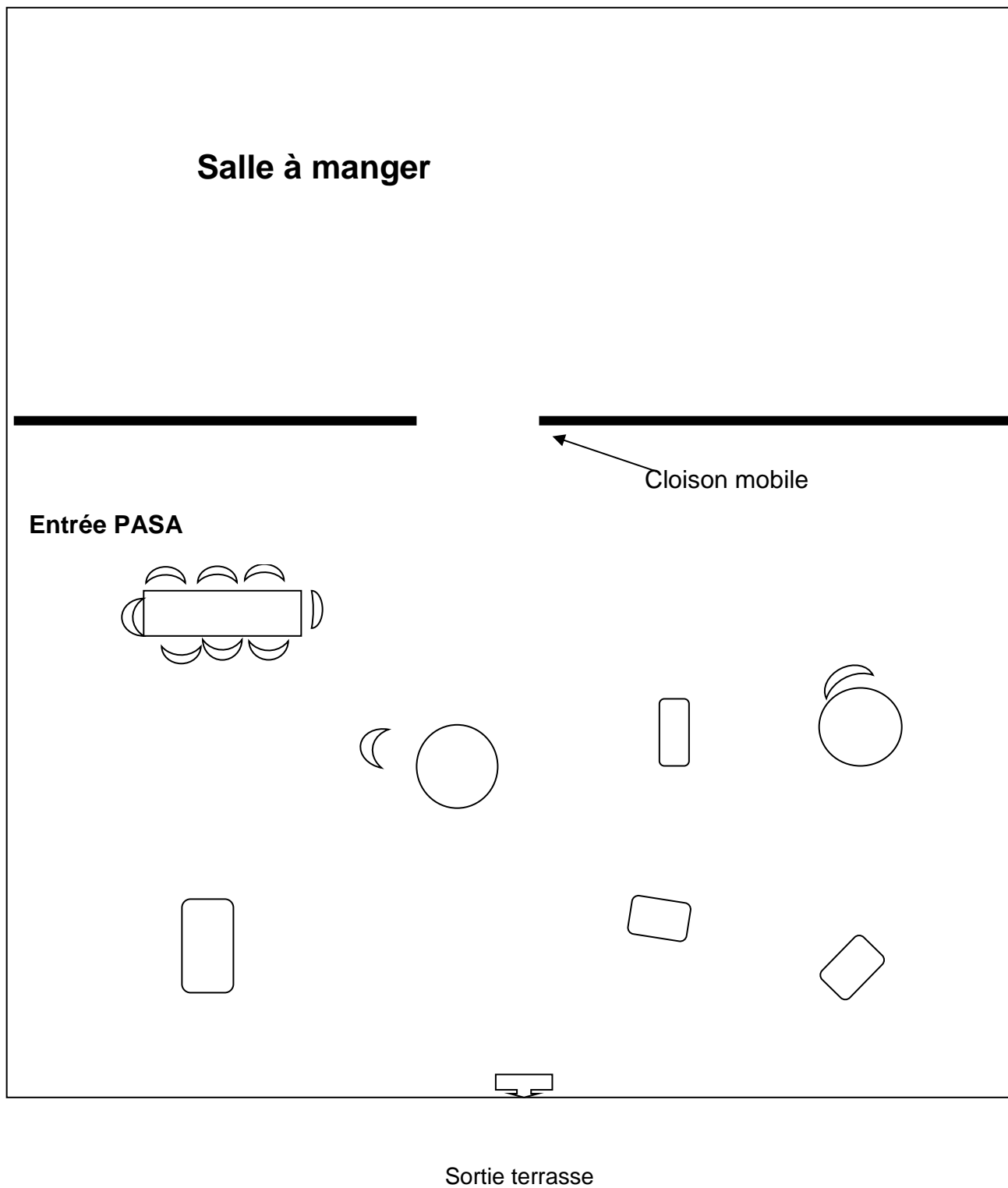
[m] <https://www.grand-est.ars.sante.fr/deploiement-de-14-nouveaux-pasa-en-ehpad>

[n] N°DGAS/2C/DHOS/DSS/2010/06 du 07 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du « Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 »,

[o] <http://www.maison-retraite-grisolles.fr/ss-services/ss-pasa-snoezelen/pasa-cahier-des-charges-dgas.pdf>

Annexe 1

Plans des locaux avec indication de leur fonction, de leur surface, de leur équipement et du mobilier



Annexe 2 :

Questionnaire envoyé aux EHPAD interrogés

1) Existe-t-il un PASA dans votre EHPAD ?

Oui

Non

Si votre réponse est positive, merci de poursuivre le questionnaire.

2) Quelle est votre temps de présence au sein de l'EHPAD ?

.....ETP

3) A votre arrivée dans l'EHPAD, le PASA était-il déjà en place ?

Oui

Non

Si votre réponse est négative, merci de poursuivre le questionnaire.

4) Qui a été à l'origine de la création et la mise en place du PASA ? *plusieurs réponses possibles*

Direction

Psychologue

Médecin coordonnateur

5) Avez-vous été impliqué à la mise en place du projet ?

Oui

Non

6) Si oui, comment gérez-vous votre temps de présence pour le suivi des résidents inclus au sein du PASA ?

7) Quelle a été l'impact de votre disponibilité sur l'organisation au sein du PASA ?

Très importante

Importante

Faible

Inexistante

8) Y-a-t-il eu une dynamique positive par le personnel au sein du projet ?

Oui

Non