



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

*La prise en charge des personnes vieillissantes en
situation de handicap mental et/ou psychique*



Diplôme Universitaire d'Infirmier(ère) référent et coordinateur(trice) d'EHPAD et de SSIAD

Ce mémoire a été rédigé par :

VASSEUR Justine
BEAUGENDRE Stella
GRINGRIN Johanna
LAMARRE Françoise

Directrice de mémoire :

SINGER Géraldine, Psychologue clinicienne.

Année 2021-2022

Sommaire :

- Introduction.....p 1
- Cas cliniques.....p 2-3
- 1) Le handicap psychique et/ou mental en France.....p 4
 - a) Qu'est-ce que le handicap psychique et mental ?.....p 4
 - b) Conseils pour accueillir une personne porteuse de handicap en collectivité.....p 5
- 2) La psychogériatrie : une définition globale.....p 6
- 3) Les diversités des lieux de vie.....p 7
 - a) Le domicile.....p 7
 - b) Le renoncement du maintien à domicile.....p 7
- 4) Vieillesse et processus d'entrée en EPHAD/SSIAD.....p 8
- 5) Rôle de l'infirmière coordinatrice dans l'accompagnement des équipes.....p 10
- 6) L'expérience professionnelle.....p 11
- 7) Le management de l'IDEC.....p 11
- 8) Conclusion.....p 13
- 9) Résumé du mémoire.....p 13
- 10) Bibliographie.....p 15
- 11) Annexes.....p 16

Introduction :

Le point de départ de notre questionnement est parti d'une discussion de groupe. En effet, nous sommes 4 infirmières avec des parcours différents, mais nous avons pu constater que lors de nos prises en charge, quel que soit le service où nous exerçons, les personnes vieillissantes en situation de handicap mental et/ou psychique mettaient parfois en difficulté les équipes soignantes.

Les avancées médicales favorisent l'espérance de vie de toute la population et par conséquent les personnes âgées en situation de handicap mental et/ou psychique bénéficient de ces progrès et leurs besoins font que ces personnes seront de plus en plus présentes en EHPAD et en SSIAD.

La prise en charge des personnes vieillissantes en situation de handicap mental et/ou psychique est actuellement rare en EPHAD et en SSIAD. Leur présence dans ces institutions va devenir beaucoup plus habituelle à l'avenir, ce qui nous pousse à songer à adapter nos méthodes de prise en charge.

De longs débats ont animé nos réunions concernant la direction que devraient prendre nos recherches et notre mémoire. Ce mémoire étant fait à quatre mains, les difficultés d'organisation, de gestion de nos plannings respectifs et des différents fuseaux horaires ont également pimenté nos difficultés.

Deux d'entre nous vivent en Région Parisienne, une autre est dans le Calvados et la dernière est en Nouvelle-Calédonie. Rassemblées par le même désir de faire évoluer notre sujet, nous avons travaillé ensemble et le plus équitablement possible.

De cette rencontre est né un constat que la prise en charge des personnes vieillissantes en situation de handicap mental et/ou psychique mettait parfois en difficulté les équipes soignantes et c'est pourquoi nous souhaitons savoir quel était le rôle de l'infirmière coordinatrice en EHPAD et en SSIAD dans cette prise en charge.

Nous souhaitons également savoir en quoi l'infirmière coordinatrice peut-elle favoriser l'acceptation de la prise en charge de ces résidents nécessitant des attentions « particulières ».

Nous allons, dans un premier temps présenter 2 cas cliniques afin d'exposer la problématique rencontrée. Puis nous vous exposerons notre enquête de terrain ainsi que son analyse.

Cas clinique n°1

La situation se déroule dans un SSIAD prenant en charge environ 50 bénéficiaires (petite commune française d'environ 7000 habitants). Il y a 15 aides-soignantes dans le service qui sont majoritairement titulaires de leur poste de la fonction publique territoriale depuis maintenant 20 ans, intervenant dans un périmètre de 40 kilomètres.

C'est le service social de l'hôpital de secteur qui a fait la demande auprès du SSIAD de la ville où habite le patient. Il a été hospitalisé à la suite d'une chute sur la voie publique.

Après 2 semaines d'hospitalisation, le patient a bénéficié d'un bilan complet qui a révélé une fracture du bras gauche et une dénutrition sévère. Un retour à domicile avec aide a été préconisé.

Le patient a été décrit comme une personne efficiente sur le plan cognitif, se déplaçant avec une canne, isolé socialement (pas de famille ni proche connu) et ayant du mal à faire le ménage chez lui. Le service des auxiliaires de vie a également été contacté pour débiter les interventions chez le patient.

Après 3 semaines d'intervention, il semblerait qu'à la vue de l'état de l'appartement dans lequel Monsieur J. vit, la prise en charge semble se compliquer car le logement est rempli de débris. Les sanitaires sont difficiles d'accès et les soignants ne trouvent plus de sens dans cette prise en charge. Les auxiliaires de vie ont essayé de convaincre Monsieur J. de jeter quelques affaires mais il refuse catégoriquement.

Certaines aides-soignantes refusent d'intervenir chez le patient et demandent à l'IDEC une réunion afin de parler du « cas » de Monsieur J. Elles parlent de leurs conditions de travail, et de leur mise en danger (lié à la saleté du logement et la peur d'être contaminées par les potentiels nuisibles qui se trouveraient dans le logement).

Le mal-être de l'équipe a engendré des arrêts maladies et une ambiance négative dans l'équipe (entre les soignantes qui refusent de se rendre dans le logement de Monsieur J. et celles qui souhaitent poursuivre les soins).

Le médecin coordonnateur a demandé un avis au psychiatre pour Monsieur J.

Après évaluation le psychiatre a diagnostiqué un syndrome de Diogène.

Cas clinique n°2

Mr C, âgé de 64 ans est admis au sein de notre établissement depuis moins d'un an.

Ancien ingénieur à la retraite, il vient d'une autre maison de retraite de la région parisienne, juste avant son arrivée il a fait un séjour en hôpital psychiatrique de 2 mois.

Lors de sa présentation à l'équipe soignante, il nous a été présenté comme un résident souffrant d'un syndrome parkinsonien uniquement, plus ou moins stabilisé, qui faisait régulièrement du sport.

Peu de temps après son entrée, ce résident effrayait l'équipe soignante et hôtelière par son comportement inapproprié (tremblements intenses accentués par ses angoisses. Il jette de l'eau sur une résidente très âgée qui criait, il a un discours complètement décousu, il fugue à la moindre occasion, et lors de ses sorties avec le kinésithérapeute, il se déshabille et se retrouve en sous-vêtements ; et pour finir il urine partout dans sa chambre.

L'équipe infirmière regarde plus attentivement l'anamnèse du résident et s'aperçoit qu'il souffre d'une pathologie psychiatrique type psychose à tendance paranoïde. Il est en rupture de liens avec sa femme et ses enfants, et une mesure de tutelle a été instaurée.

Il nous est très difficile d'en savoir davantage sur lui. Il s'ensuit plusieurs mois plus tard une tentative de suivi psychiatrique en visioconférence qui se révèle être un échec ; le résident n'adhérant pas du tout, le psychiatre n'arrivant pas à l'interroger. Depuis, l'équipe s'adapte comme elle peut en fonction de ses crises.

A ce jour, il ne bénéficie d'aucun suivi spécifique (psychiatrique et neurologique), les autres rendez-vous médicaux comme les soins dentaires semblent périlleux, Mr C. a eu un auxiliaire de vie pour ses sorties extérieures, échec également car le résident reste obnubilé par cette idée de rentrer à son domicile, malgré son entrée depuis un an dans la résidence.

Suite à notre enquête de terrain nous avons pu rassembler 87 réponses.

Cela a pu démontrer que 46 soignants soit 53% ne connaissent pas la définition ni les symptômes du handicap psychique et 54 soignants soit 62% ne connaissent pas la définition ni les symptômes du handicap mental.

De plus, nous avons pu constater que les années de diplôme n'influaient pas sur la connaissance de ces troubles.

54% d'entre eux nous disent ne pas avoir reçu de formation adaptée pour prendre en charge des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique.

Vous trouverez en annexe, à la fin de ce mémoire, le questionnaire qui a été utile à notre enquête de terrain.

1) Le handicap psychique et/ou mental en France

a) Qu'est-ce que le handicap psychique et mental ?

Le **handicap psychique** est la conséquence de maladies mentales entraînant un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles dites normales. La reconnaissance du handicap psychique s'effectue souvent par l'observation des conséquences de la maladie mentale sur le vécu de la personne. Celles-ci peuvent donc être extrêmement variées en fonction des individus et de leur pathologie. De fait, il n'existe pas de définition arrêtée du handicap psychique.

Voici quelques exemples de maladies mentales pouvant induire un handicap psychique : troubles bipolaires, troubles dépressifs, schizophrénie, paranoïa, névroses obsessionnelles.

On parlera de **déficience intellectuelle** ou de handicap mental lorsque le développement intellectuel de la personne sera inférieur à la moyenne, entraînant un fonctionnement altéré de l'ensemble des fonctions cognitives. En clair, la personne aura un niveau de Quotient Intellectuel très inférieur à la moyenne, en dessous de 70.

Bien que méconnus, les troubles mentaux et psychiques sont pourtant un enjeu de santé publique :

Le handicap psychique

- La 1^{ère} cause d'invalidité reconnue par la Sécurité Sociale : 27% des personnes entrent chaque année dans le régime de l'invalidité
- 700 000 personnes handicapées psychiques en France
- 1 demandeur sur 2 d'Allocation Adulte Handicapé (AAH) souffre d'une maladie mentale
- 1/3 de la population connaîtra un trouble psychique au cours de sa vie

Le handicap mental

- 12 millions de français sur 65 millions seraient touchés par un handicap et l'INSEE estime que 6,6% sont atteints d'une déficience intellectuelle
- En France, environ 700 000 personnes sont en situation de handicap mental
- Chaque année, entre 6 000 et 8 500 enfants naissent avec un handicap mental

b) Conseils pour accueillir une personne porteuse de handicap mental en collectivité

Faciliter la communication :

- Faire preuve de patience et de calme pour faciliter la communication
- L'environnement doit être calme, sans trop de bruits extérieurs
- Former au préalable l'ensemble du personnel aux spécificités du handicap mental

Lui permettre de se repérer sans difficultés :

- La signalétique doit être simple, homogène, et les indications doivent être représentées par des pictogrammes
- Rendre le lieu accessible et faciliter le repérage grâce à des flèches et pictogrammes indiquant les différents lieux importants
- Utilisation de pictogrammes pour informer sur le menu du repas

L'aider à être autonome :

- Retranscrire les notices de certains appareils avec des pictogrammes
- Recourir à du matériel adapté pour plus d'autonomie, comme du matériel ergonomique ou encore des outils d'aide aux repas permettant de faciliter l'autonomie.
- Donner des consignes simples et claires

Le faire se sentir en sécurité :

- Avoir un système d'évacuation simple à comprendre
- Rendre le lieu accessible et faciliter le repérage grâce à des flèches et pictogrammes indiquant les différents lieux

2) La psychogériatrie : une définition globale

La psychogériatrie est une approche multidisciplinaire. Elle a pour objet de comprendre et d'accompagner les personnes âgées qui souffrent de difficultés psychologiques ou d'un trouble psychiatrique caractérisé, qu'elles aient ou non une polypathologie somatique et un état démentiel associés.

Les données démographiques montrent que le pourcentage de personnes dépendantes devrait augmenter de 1% chaque année jusqu'en 2040.

Après l'âge de 85 ans, 20% des personnes âgées ont les critères du vieillissement réussi ; 30% ont un état démentiel avec ou sans souffrance psychique associée.

Les 50% restants ont une avance en âge faite de souffrances psychologiques multiples avec parfois une décompensation ou l'éclosion d'un trouble psychiatrique. L'écart entre les besoins qui augmentent et les budgets qui diminuent va augmenter la pénibilité du travail des équipes qui progressent comme des ambulances sur ce champ de bataille.

La psychogériatrie est un sport de combat (Christian Derouesné, 2006).

La question souvent posée est celle de l'âge et de la nature du vieillissement : à partir de quel âge est-il possible d'utiliser l'expression « personne âgée » ? à partir de quel âge est-on vieux ?

Les personnes âgées n'existent pas. Cette formulation paradoxale signifie qu'il n'y a pas d'âge seuil à partir duquel on peut dire d'une personne qu'elle est âgée. Le vieillissement c'est-à-dire l'avance en âge commence dès la naissance.

Le continuum de la vie à la mort comporte arbitrairement deux seuils.

Le seuil de 60-65 ans, fixé par les administrations, correspond à l'âge habituel de la perte de son emploi.

Le seuil de 80-85 ans, fixé par la chance ou la génétique correspond à la baisse des cinq sens et aux handicaps qui en découlent.

L'expression « avance en âge » est un terme préférable au vieillissement. Il a l'avantage d'être associé à l'idée de modifications liées à l'âge, positives ou négatives. Lors de l'avance en âge, le risque de développer une ou plusieurs maladies augmente. Le risque de développer une maladie psychiatrique existe aussi : l'avance en âge ne protège pas des troubles psychiatriques. Les troubles psychiatriques peuvent être présents de manière invisible pendant une grande partie de la vie. Il faudra du temps pour que la pratique de la « psychiatrie sénile » soit suivie de la création d'une spécialité nommée « psychiatrie de la personne âgée ». Pour l'instant, c'est le psychiatre d'adulte qui rencontre avec réticence les personnes âgées. Cette réticence est liée à un manque d'appétence, de compétence, de temps et de lit. L'intrication fréquente d'un trouble psychiatrique avec un épisode confusionnel et un état démentiel va le dérouter. Ce manque de compétences contribue à la rareté des appels qui ne se font qu'à la dernière extrémité : agitation violente, syndrome de glissement ou harcèlement épuisant.

3) Les diversités des lieux de vie

a) Le domicile

Le maintien à domicile est facilité par de nombreux services pour tenter de maintenir l'autonomie physique ou psychique de la personne âgée. Les prestations sont assurées par des professionnels de services d'aide à domicile (SAD) ou de services de soins infirmiers (SSIAD). Les coordinations sont effectuées par des réseaux, des CLIC ou nouvellement des DAC (remplacement MAIA). Un maintien à domicile idéal comporterait l'intervention coordonnée de nombreux professionnels. Toutefois, cette pratique multidisciplinaire peut être vécue comme autant d'intrusions insupportables.

b) Le renoncement du maintien au domicile

L'entrée en Ehpad est la conséquence d'une hospitalisation en urgence en raison d'une chute, d'une confusion ou d'un trouble du comportement. Moment à haut risque, car pour accueillir le flux des entrants, l'hôpital doit mettre fin à l'hospitalisation de certains autres patients pour libérer des places ; risque d'entrée dans un Ehpad inadéquate ou trop éloignée, risque de retour à domicile avec le risque de revenir aux urgences dans les 48h. Ces retours peuvent être qualifiés de vrai-faux retour à domicile.

4) Vieillesse et processus d'entrée en EPHAD/SSIAD

Tout au long de la vie, le développement de l'Homme est articulé autour de son lieu de résidence, plus particulièrement sa « maison ».

L'habitation est un espace social dans la société « Sa fonction principale est nous abriter « mais inconsciemment, c'est aussi et surtout un prolongement de notre corps ».

Isabelle
(Psychologue) TOUBES

LA MAISON

Définition

Le petit Robert définit ainsi, « Bâtiments destinés au logement des humains, ou encore personnes vivant sous le même toit »

Paradoxalement, certaines personnes qui vieillissent perdent leur autonomie et vient la réflexion de quitter sa maison pour une entrée en institution.

Les établissements qui accueillent les personnes âgées dépendantes sont généralement les EHPAD ; lorsque la prise en charge par des acteurs de la santé à domicile : SSIAD, Infirmière à domicile, HAD...etc., ne peuvent plus assurer leur sécurité.

EHPAD

Définition

Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes, anciennement dénommé « Maison de retraite » L'EHPAD est une structure médicalisée. Site service – public.fr

Admission en EHPAD

Globalement, les démarches de rejoindre un EHPAD se font le plus souvent par la personne âgée elle-même et ou par la famille. Cette demande est dite « Anticipée ». La personne âgée dispose de ses capacités cognitives. Elle exprime aux mieux ses attentes pour une qualité de vie qu'elle n'a plus chez-elle, qu'elle vive seule ou pas. Son consentement est obligatoire !

Elle peut cependant se faire accompagner par sa famille. Arrivée en institution, la personne âgée ayant préparé son déménagement sera dans des meilleures conditions

psychologiques pour s'adapter à sa nouvelle maison. « Être chez soi entouré des autres »

ELLE « DEMENAGE » Le Figaro santé : L'entrée en maison de retraite, cap psychologie par Pascale SENK publié le 20/01/2014

L'âge légal pour être admis en EHPAD n'est possible qu'à partir de 60 ans. Cependant, certaines personnes n'ayant pas l'âge requis souffrant de handicap Mental et /ou psychique peuvent intégrer un EHPAD après avoir bénéficié d'une dérogation du Conseil départemental de la région où est situé l'établissement d'accueil.

Les justificatifs de péril en la demeure face à un danger imminent de la personne âgée de rester chez-elle, doivent être mentionnés dans son dossier préadmission.

La personne âgée présente des troubles cognitifs, elle est totalement désorientée. Elle ne sait plus où elle « habite » c'est le cas pour les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer par exemple. Mais aussi, celles qui présentent des troubles du comportement lié à certaines pathologies (Autisme, troubles bipolaires...etc.

Par conséquent, elle doit être protégée des dangers. Dans ce cas, intégrer un établissement se fera soit, à la demande de la famille, soit via celle du médecin traitant. Cette particularité doit être prise en compte lors de l'admission en institution suivant le degré de dépendance par la grille d'évaluation GIR (Groupe Iso Ressource).

Citation « Montrer au « Moi » qu'il n'est pas « Maître » dans sa propre « Maison » FREUD 1915-1917

Notre questionnaire de mémoire repose aussi sur les moyens proposés par les établissements lors de l'admission des personnes âgées souffrant de handicap mental et/ou psychique, pour une prise en charge optimale par l'équipe pluridisciplinaire. Tant sur le plan des ressources humaines que sur le plan logistique, matériel.

Au regard des réponses au questionnaire, la plupart des soignants approuvent qu'il existe des problèmes d'organisations pour la prise en charge.

Ils suggèrent que lors de l'admission, la personne âgée accueillie doit bénéficier quel que soit son statut d'hébergement d'un recueil de données complet et approfondi :

- Données médicales : Antécédents médicaux et chirurgicaux, traitement en cours

- Données administratives
- Habitudes de vie

Ainsi, l'ensemble de l'équipe sera informée pour mieux organiser les actions individuelles à mettre en place. La personne âgée présentant des troubles mentaux et/ou cognitifs bénéficiera de la légitimité de sa présence au sein de l'établissement puisque chaque acteur de santé pourra agir dans son champ de compétences.

L'IDEC a un rôle important lors de l'admission, elle fait partie du trio : Directeur, Médecin coordinateur, IDEC Sa présence lors de l'admission est un gage d'assurance à venir pour les soignants. Sa proximité avec le personnel est attendue pour véhiculer les informations recueillies concernant la personne âgée qui arrive.

5) Rôle de l'infirmière coordinatrice dans l'accompagnement des équipes

Lors des entretiens, il a fallu redéfinir le rôle de l'infirmière coordinatrice près des équipes issues du secteur public, car cette nouvelle fonction n'existe pas ou peu. Elle serait associée à la fonction de cadre de santé qui est différente sur certains points.

L'infirmière coordinatrice, en collaboration avec le médecin coordinateur se doit d'obtenir des informations sur le futur résident à accueillir, approfondir des notions qui sembleraient floues (Par exemple : pathologie psychiatrique oui mais laquelle ?).

L'âge de ces résidents relativement plus jeunes que la moyenne d'âge en Ehpad (80/90 ans) semble être un élément non négligeable à prendre en compte ; en effet, l'admission de ces nouveaux profils reste une minorité mais représente néanmoins une problématique dans la prise en charge. Les équipes sont régulièrement en demande de formation.

L'une des réflexions serait de créer une équipe dédiée au sein de la structure avec des salariés volontaires, mais cela montre dans le temps les limites de ce système. Il s'avère même nécessaire que tous les salariés soient mis à contribution et investis, afin d'éviter une charge mentale pour certains soignants, qui à la longue peut entraîner un Burn out.

L'intérêt de faire des réunions pluridisciplinaires est justement de dédramatiser les situations qui pourraient être compliquées, et d'éviter de stigmatiser les résidents ayant des troubles du comportement en lien avec leurs pathologies psychiques ou mentales.

Ce qui est très important pour l'Idéc, c'est d'anticiper l'appréhension des soignants vis-à-vis de ces résidents accueillis, en créant des outils pour aider les équipes. La plupart des soignants ont répondu ne pas avoir peur, toutefois sur le terrain, ils appréhendent surtout les moments de crise ou de violence qu'ils ont des difficultés à gérer.

De ce fait, une crainte s'installe insidieusement parmi les soignants.

Prendre un temps de partage hors du temps des transmissions, animé par la psychologue de l'établissement, permettrait également de partager ses propres craintes, de trouver des solutions ensemble. L'Idéc doit être elle-même au clair sur la prise en charge, en étant elle-même formée, afin de permettre une cohésion.

6) L'expérience professionnelle

Certains établissements dont les soignants ont été interrogés, accueillent un profil de résidents psychiatriques dans l'ensemble, sans pour autant que ces structures aient un véritable projet d'établissement.

Malgré une expérience professionnelle diverse, la plupart des personnes interrogées n'arrivent pas à identifier clairement une pathologie mentale de la pathologie psychiatrique, l'amalgame entre ces 2 pathologies, lié certainement à un manque d'informations ou d'informations erronées.

Une grande majorité des soignants se sentent à l'aise à l'idée de prendre en charge des personnes handicapées mentales et psychiques.

La présence de ces résidents peut engendrer des problèmes d'organisation des soins, car les répondants reconnaissent qu'il faut du temps pour désamorcer les conflits engendrés par l'incompréhension de certains comportements des personnes accueillies.

Ces entretiens font ressortir qu'il y a un manque de formation lors du parcours professionnel. Lors de l'admission, les soignants ont très peu d'informations, ainsi que l'Idéc et le médecin coordinateur, sur la pathologie, voire pas du tout. Les formations et les interventions d'équipes spécialisées sont sollicitées unanimement.

7) Le management de l'IDEC

La posture managériale dans notre sujet a été longuement analysée dans nos questionnaires.

En effet, les personnes interrogées nous ont informé pour une grande majorité, qu'elles attendaient un réel accompagnement de la part de l'IDEC dans la prise en charge des personnes âgées ayant un handicap mental et/ou psychique.

La définition de manager : « Un manager est un cadre qui conduit une équipe, il définit les méthodes et les priorités qui permettront d'atteindre les objectifs de l'entreprise [...] Un bon manager est avant toute chose le garant d'un résultat à travers l'exécution d'une vision et d'un plan. Il se doit de développer les qualités nécessaires à la bonne gestion d'une équipe travaillant à la réalisation d'objectifs précis. Il n'existe pas une seule façon de manager l'homme, les méthodes diffèrent en fonction de la taille de l'entreprise, du secteur d'activité, du niveau de qualification des employés, de leurs personnalités ainsi que des objectifs à réaliser. Nous pouvons toutefois déterminer des qualités clés indispensables à tout bon manager : l'empathie, la rigueur et la communication. »

L'IDEC doit savoir s'adapter aux besoins des équipes afin de garantir des conditions de travail et l'accompagnement des patients dans les meilleures conditions et dans la bienveillance.

Différentes solutions ont été proposées par les personnes interrogées concernant le management. Ces propositions faisant partie intégralement du rôle de l'IDEC, exemple : prise en compte des difficultés rencontrées par les équipes ; disponibilité ; soutien ; aide sur le terrain... nous font conclure que les attentes étaient plus focalisées sur le savoir-être, que le savoir-faire.

La prise en charge des personnes âgées en situation de handicap mental et /ou psychique avait un réel impact sur l'affect des soignants dans le sens où l'échec de la prise en charge jouait sur le moral des équipes et que le soutien émotionnel était l'une des solutions demandées.

Ce besoin d'être rassuré dans ses compétences et ses qualités humaines se reflète dans ces demandes. L'IDEC en apportant des solutions externes tel que des professionnels spécialisés en psychiatrie, ou des formations sur le handicap ne pouvaient avoir un réel impact que, si le savoir-être de l'IDEC ne correspondait pas aux attentes de l'équipe.

Comme le dit Madame CORTES Nathalie : « La fonction d'encadrant est parfois périlleuse car elle représente une charge psychologique importante dans un contexte où le droit à l'erreur n'a pas sa place [...] Permettre à ces professionnels d'accéder à une certaine quiétude dans l'exercice de leurs fonctions représente un enjeu crucial pour la bonne marche des établissements sanitaires ou médico-sociaux. »

(CORTÈS NATHALIE, 2019. Manuel de secours à l'usage des cadres de santé : et à tout encadrant d'équipe médicale. 2e édition.

Malakoff : Lamarre Initiatives santé. ISBN 978-2-7573-1072-4.)

L'IDEC travaille dans une équipe pluridisciplinaire, ainsi elle peut s'appuyer sur les différents professionnels pour demander de l'aide si besoin. Le médecin ou la psychologue peuvent apporter leurs compétences dans la situation donnée afin de

« protéger » les équipes du syndrome d'épuisement professionnel, que peut entraîner la prise en charge de notre public cible.

Pour résumer, les compétences managériales de l'IDEC sont importantes pour encadrer, guider, coordonner les équipes dans la prise en charge des personnes âgées en situation de handicap mental et/ou psychique. Le savoir-être et l'empathie sont des qualités importantes à mettre en avant pour que l'accompagnement des équipes, devant d'éventuelles difficultés, puisse garantir la qualité de vie au travail.

8) Conclusion

Cette étude a montré, que la prise en charge de personnes âgées souffrant de handicap mental et/ou psychique, peut perturber l'organisation des équipes soignantes. L'infirmière coordonnatrice a un rôle de coordination et d'organisation dans cette prise en charge. Elle soutient les équipes quotidiennement.

Le DU que nous avons suivi courant de l'année, nous a fait prendre conscience, grâce aux différents cours et à nos stages, que l'infirmière coordonnatrice a un rôle central dans la prise en charge des résidents et des équipes soignantes.

Le public cible de notre enquête a été des soignants travaillant depuis plusieurs années en Ehpad ou en SSIAD. Il rencontre pour la majorité des problématiques liées au manque de formation et d'encadrement, surtout lors d'entrées de nouveaux résidents souffrants de handicap mental et/ou psychique.

Ce mémoire, nous a permis de comprendre et d'évaluer la complexité du métier d'infirmière coordonnatrice. Nous avons acquis les compétences nécessaires pour manager des équipes soignantes. Nous sommes conscientes que le travail est encore long et que l'expérience de terrain reste la plus compliquée mais la plus instructive.

9) Résumé du mémoire

Nous avons fait le choix du sujet du rôle de l'infirmière coordonnatrice et la prise en charge des personnes âgées handicapées mentales et psychiques.

Nous avons pu observer des situations compliquées, difficiles à gérer face à des équipes parfois démunies, et appréhendant ce type de patients qui reste néanmoins minoritaire dans nos Ehpad classiques, et avec des moyens limités en SSIAD.

Le but de ce mémoire est certes de faire un constat de ce qui se passe sur le terrain mais aussi d'améliorer la prise en charge de ces nouveaux résidents qui sont amenés, pour certains, à être réorientés en Ehpad.

L'infirmière coordinatrice apparait comme une personne ressource, un pilier sur lequel pourrait s'appuyer les équipes, en collaboration avec le médecin coordinateur, si l'établissement fait le choix d'accueillir des personnes en situation de handicap mental et psychique.

Il est à noter qu'encore beaucoup d'établissements émettent des avis négatifs quant à l'accueil de ces personnes en évoquant des raisons telles qu'un manque de structures psychiatriques à proximité si la crise n'est plus gérable, manque de personnels formés ou défaut de personnels soignants. Ce mémoire pose un véritable questionnement de politique médico- sociale en France en matière d'accueil, amorcé par les ARS dont le rôle est primordial dans la mise en place des plans nationaux pour les personnes en situation de handicap.

We made the choice of the subject of the role of the nurse coordinator and the care of the elderly people with mental and psychic disabilities.

We were able to observe complicated situations, difficult to manage in the face of sometimes poor teams, and apprehending this type of patients who nevertheless remain a minority in our traditional retirement homes, and with limited means in a home structure.

The purpose of this thesis is certainly to make an observation of what is happening in the field but also to improve the care of these next residents who are led, for some, to be reoriented in a retirement home.

The nurse coordinator appears as a resource person, a pillar on which the teams could rely, in collaboration with the coordinating doctor, if the establishment chooses to welcome people with mental and psychological disabilities.

It should be noted that many establishments still issue negative opinions regarding the reception of these people, citing reasons such as a lack of nearby psychiatric structures if the crisis is no longer manageable, lack of personnel trained or lack of nursing staff. This thesis raises a real questioning of medico social policy in France in terms of reception, initiated by the regional health agencies whose role is essential in the implementation of national plans for people with disabilities.

10) Bibliographie

<https://www.frbeiger.com/le-handicap-mental.html>

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide-pour-mise-en-ligne.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20008652abaa946a0b8e3bef9a3154b1169f435decc00058826996124ff21c6981d008c4af9ed01430004fb3be3b57b0ddfa8c6b30f92e0e6050c96cd3243c1df76c3886db6827bc9c56a346f91e874ccbe99d505821734ff312

<http://www.formassad.fr/blog/quelle-difference-entre-handicap-mental-et-psychique/>

<https://webzine.okeenea.com/8-idees-recues-sur-le-handicap-mental/>

<https://www.presses.ehesp.fr/produit/pas-si-fou/>

<https://www.allodocteurs.fr/se-soigner-handicap-handicap-mental-handicap-psychique-attention-maltraitance-6572.html>

<http://blog.groupe-acppa.fr/une-unite-pour-personnes-handicapees-vieillissantes-a-provins/>

Manager, ça veut dire quoi exactement ? Qu'est-ce qu'un manager ? Par Stéphane Barloy, Directeur de projet Organisation & AMOA SI chez Ontonix -22 juillet 2022

CORTÈS NATHALIE, 2019. Manuel de secours à l'usage des cadres de santé : et à tout encadrant d'équipe médicale. 2e édition. Malakoff : Lamarre Initiatives santé. ISBN 978-2-7573-1072-4

Loubat, J. (2017). Chapitre 2. La coordination ou le case management : l'affirmation d'une fonction d'avenir. Dans : J. Loubat, Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale (pp. 41-65). Paris : Dunod.

(2020). France Horizon : développer un espace d'Humanitude. Management & Avenir Santé, 7, 13-15. <https://doi.org/10.3917/mavs.007.0013>

11) Annexes

Vous trouverez dans cet annexe le questionnaire que nous avons utilisé pour notre enquête de terrain ainsi que les réponses qui y ont été apportées nous ont aidé à répondre à notre problématique.

1) Quel poste occupez-vous dans votre structure actuellement ?

Une seule réponse possible.

- IDE
- AS
- AMP
- AES
- IDEC
- MEDCO
- Directeur
- Autre :

2) Il y a-t-il un Médecin coordinateur ou infirmière coordinatrice dans votre établissement ?

- Oui
- Non

3) Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e) ?

- 6 mois
- 6 mois à 2 ans
- 2 ans à 5 ans
- 5 ans à 10 ans
- + 10 ans

4) Depuis combien de temps êtes-vous en poste dans cette structure ?

- 6 mois
- 6 mois à 2 ans
- 2 ans à 5 ans
- 5 ans à 10 ans
- + 10 ans

5) Avez-vous déjà travaillé dans un autre secteur de soins que l'EHPAD et le SSIAD?
(Plusieurs choix possibles)

- Médecine spécifique (neurologie, néphrologie, diabétologie...)
- Rééducation
- Chirurgie
- Soins de longue durée
- Psychiatrie
- Crèche
- Maison d'accueil spécialisé/Foyer d'accueil spécialisé
- Institut médicaux éducatifs
- Réanimation
- Reanimation
- Pédiatrie
- Soins palliatif
- Je n'ai jamais travaillé dans un autre secteur de soins
- Autre :

6) Sachant qu'il existe une différence entre le handicap psychique et le handicap mental, pouvez-vous cocher ce qui pour vous est une pathologie décrite comme handicap psychique (plusieurs choix possibles)

- Trisomie
- Anorexie
- TOC (Trouble obsessionnel compulsif)
- Autisme
- Psychose
- Schizophrénie
- Dépression
- Bipolarité
- Anxiété
- Paranoïa
- Traumatisme crânien

7) Pouvez-vous cocher ce qui pour vous est une pathologie décrite comme handicap mental (plusieurs choix possibles) - Vous trouverez les réponses dans un lien vidéo à la fin du questionnaire

- Trisomie
- Anorexie
- TOC (Trouble obsessionnel compulsif)
- Autisme
- Psychose
- Schizophrénie
- Dépression
- Bipolarité
- Anxiété
- Paranoïa

- Traumatisme crânien

8) Connaissez-vous les lois sur les conditions d'entrée en EHPAD pour les patients atteints de handicap mental et/ou psychique

Une seule réponse possible.

- Je connais très bien
- Je connais un peu
- Je connais très peu
- Je ne connais pas du tout

9) Savez-vous si dans votre lieu de travail il existe un "Projet d'établissement" qui prend en charge les personnes atteintes de Handicap mental et/ou psychique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

10) Vous sentez-vous à l'aise à l'idée de prendre en charge des résidents atteints de handicap mental et/ou psychique ?

Une seule réponse possible.

- Tout à fait à l'aise
- Un peu à l'aise
- Très peu à l'aise
- Pas du tout à l'aise
- Autre :

11) Pensez-vous que la présence des personnes souffrantes de handicap mental et/ou psychique peut engendrer des problèmes dans l'organisation des soins ?

Une seule réponse possible.

- Tout à fait
- Un peu
- Très peu
- Je ne sais pas

12) Selon vous la présence de personnes handicapées mental et/ou psychique est-elle à l'origine de l'absentéisme ?

Une seule réponse possible.

- Tout à fait
- Pas du tout
- Je ne sais pas

13) Selon vous la présence de personnes handicapées mental et/ou psychique est-elle à l'origine du burn out ?

Une seule réponse possible.

- Tout à fait
- Pas du tout
- Je ne sais pas

14) Avez-vous eu une formation adaptée pour faciliter la prise en charge des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique accueillies dans votre établissement ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- En projet
- Autre :

15) Avez-vous des intervenants extérieurs qui peuvent vous aider dans la prise en charge des personnes souffrants de handicap mental et/ou psychique ?

16) L'information lors de l'admission est elle suffisante pour vous ?

Une seule réponse possible.

- Un peu
- Très peu
- Pas du tout

17) Quelles sont selon vous les méthodes pour faciliter en priorité la prise en charge d'une personne en situation de handicap psychique et/ou mental accueillie dans votre structure ? (Plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Par une formation
- Par l'intervention de personnel spécialisé dans les handicaps
- Par l'information lors des admissions
- Par les transmissions d'équipe
- Je ne sais pas
- Autre :

18) Avez-vous rencontré des problèmes de prise en charge lors de l'accueil de personnes en situation de handicaps mental et/ou psychique ?

Une seule réponse possible.

- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

19) Quels sont les moyens que vous utilisez pour faire remonter vos problèmes ?
Une seule réponse possible.

- Transmissions écrites
- Transmissions orales
- Discussions entre collègues
- Autre :

20) Est ce que cela résout selon vous les problèmes ?
Une seule réponse possible.

- Toujours
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

21) Que faudrait-il faire selon vous pour améliorer les problèmes de prise en charge de patients atteints de handicap mental et/ou psychique ?

22) Selon vous quel est le rôle de l'infirmière coordinatrice dans la prise en charge de ces patients ?

23) Pensez-vous que l'infirmière coordinatrice peut accompagner les équipes face à la prise en charge de patients atteints de handicap mental et/ou psychique ?
Une seule réponse possible.

- Toujours
- Souvent
- Peu
- Jamais

24) Qu'attendez-vous de l'infirmière coordinatrice par rapport à votre ressenti face au handicap mental et/ou psychique ?

Réponses à cette enquête ;

**DUI Formation à la Fonction de Médecin Coordinateur et DU Infirmier (ère)
réfèrent et coordinateur(trice) en EHPAD et SSIAD**

Enquête réalisée sur 87 soignants

N°	Questions	Réponses
1	IDE	16
	AS	35
	AMP	7
	AES	6
	IDEC	4
	MEDCO	2
	Directeur	3
	Autre	8
2	MEDCO/ IDEC dans l'établissement	67 <i>Oui</i> 20 <i>Non</i>
3	Moins de 6 mois	6
	6 mois à 2 ans	14
	2 ans à 5 ans	27
	5 ans à 10 ans	14
	Plus de 10 ans	13
4	Moins de 6 mois	7
	6 mois à 2 ans	23
	2 ans à 5 ans	17
	5 ans à 10 ans	13
	Plus de 10 ans	11
5	A déjà travaillé dans un autre secteur	52
	N'a jamais travailler dans un autre secteur	24
6	OK pour les pathologies	34
	PAS OK pour les pathologies	46

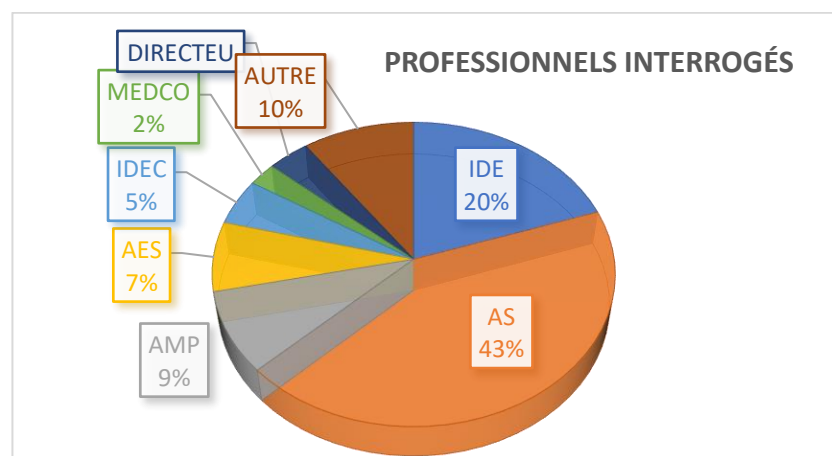
7	OK pour les pathologies	21
	PAS OK pour les pathologies	54
8	Je connais très bien	16
	Je connais un peu	28
	Je connais très peu	16
	Je ne connais pas du tout	25
9	Oui	36
	Non	16
	Je ne sais pas	34
10	Tout a fait a l'aise	33
	Un peu a l'aise	21
	Très peu a l'aise	16
	Pas du tout a l'aise	7
	Autre	5
11	Tout a fait	29
	Un peu	35
	Très peu	15
	Je ne sais pas	1
12	Tout a fait	27
	Pas du tout	30
	Je ne sais pas	21
13	Tout a fait	20
	Pas du tout	37
	Je ne sais pas	29
14	Oui	32
	Non	45
	En projet	7
	Autre	0
15	Oui	34
	Non	37
16	Un peu	27
	Très peu	29

	Pas du tout	30
17	Par une formation	57
	Par l'intervention de personnel spécialisé	56
	Par l'info lors des admissions	44
	Par les trans d'équipe	45
	Je ne sais pas	0
	Autre	0
	18	Souvent
Peu souvent		39
Jamais		7
19	Transmissions écrites	58
	Transmissions Orales	53
	Discussions entre collègues	30
	Autre	12
20	Toujours	9
	Souvent	41
	Pas souvent	32
	Jamais	3
23	Toujours	41
	Souvent	30
	Peu	7
	Jamais	2
21	Formation pour l'ensemble de l'équipe	
	Faire des topos avant l'entrée des résidents	
	Programmer des réunions pluridisciplinaires	
	Faire une équipe dédiée au sein de l'entreprise avec des salariés volontaires	
	Prendre du personnel formé pour encadrer les résidents	
	Faire des procédures adaptés	

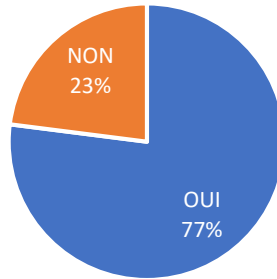
	Transmissions d'équipes
	Lien avec les psychiatres
	Plan de soins personnalisé
	Développer les compétences des soignants
	Impliquer les équipes au projet
	Moyen financier
	Veiller à la bonne prise des médicaments
	Être à l'écoute des soignants
	Chercher à comprendre les causes éventuels troubles
	Créer des unités dédiées pour adultes handicapés vieillissants
	Augmentation du personnel
22	Former les équipes
	Gérer la relation entre tous les intervenants
	Création de protocoles spécifiques
	Transmettre et évaluer les besoins en matériel et personnel
	Assurer le bon suivi des RDV
	Garantir la sécurité des résidents
	Informers les équipes avant l'admission
	Observation, évaluation et analyse
	Recueillir toutes les informations lors de l'admission pour les transmettre aux équipes
	Créer des moments de partage pour décharger les équipes

	Soutien et écoute du patient et de son entourage
	Soutien des soignants avec des études de situation
	Coordination entre les différents soignants
	Écouter, guider et accompagner
	Répondre aux questions
	Rassurer sur la prise en charge
	Organiser des réunions avec les soignants
	Mettre en place des outils pour aider les équipes
	Mettre à jour le recueil de données
	Être présent lors des premiers soins pour aider les équipes et recadrer si besoin
24	Du soutien
	De l'encadrement
	Quelle se forme pour ensuite former les équipes
	Cohésion
	De la communication
	Assurer la qualité des soins
	Coordonner avec le Medco l'admission du résident
	Apporter des solutions aux difficultés rencontrés
	Être en contact avec le pôle psychiatrie du secteur
	Anticiper et avoir des solutions en cas de crise
	Prise en compte des difficultés rencontrées
	De l'écoute

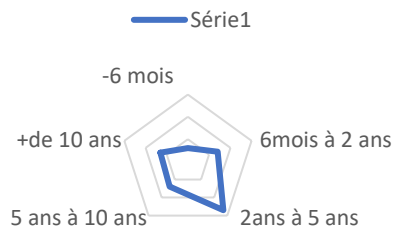
Travailler en collaboration avec les différents intervenants
Aider sur le terrain
Expérience du handicap mental et psychique
Informier et oriente vers les soins supports et patients
Liaison avec la famille
Solutions alternative
Supervision
Mettre en place des cellules d'écoute
Elle doit être efficace et disponible
Elle doit s'investir totalement dans son rôle
Orienter les soignants vers la formation adaptés
Donner la parole aux soignants vers les formations pour évacuer leurs appréhension
Orienter les résidents vers les structures adaptées
Bien évaluer la montée en charge par soignant
Participer a la visite de pré admission



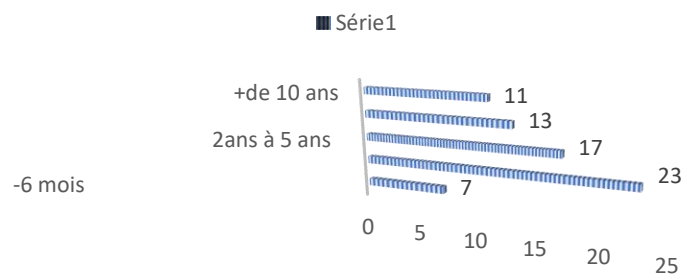
Présence d'IDEC/MEDCO dans la structure



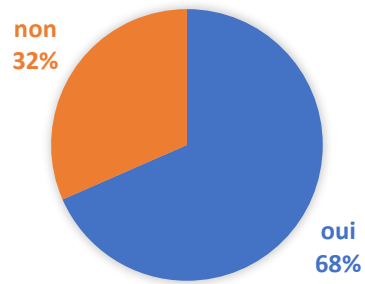
Niveau d'expérience (temps de diplôme)



TEMPS DE PRÉSENCE DANS LA STRUCTURE



TRAVAIL DANS UN AUTRE SECTEUR

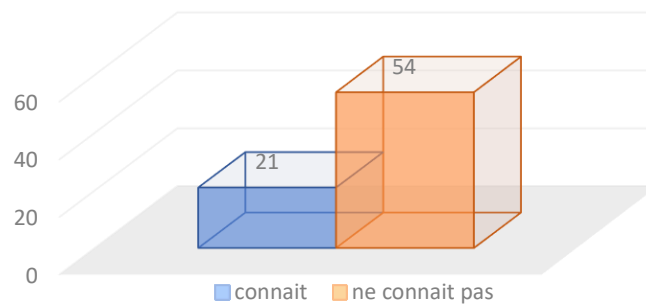


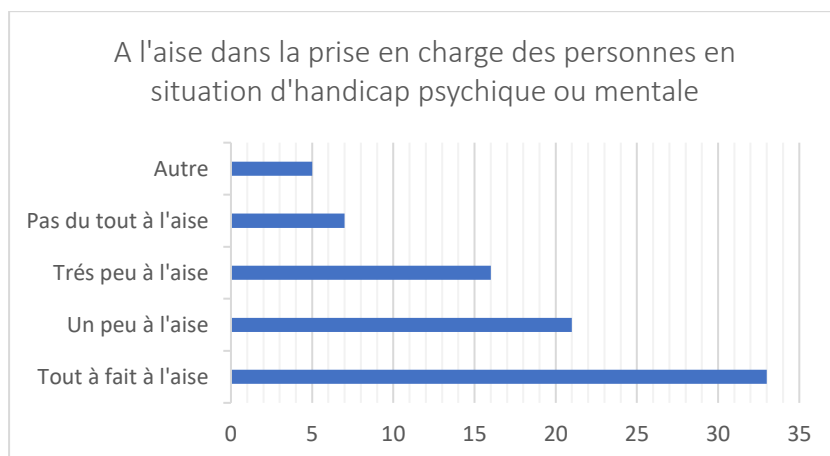
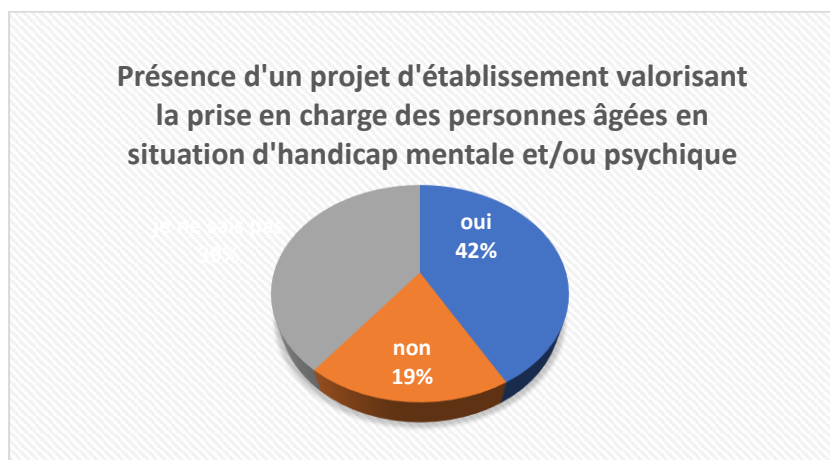
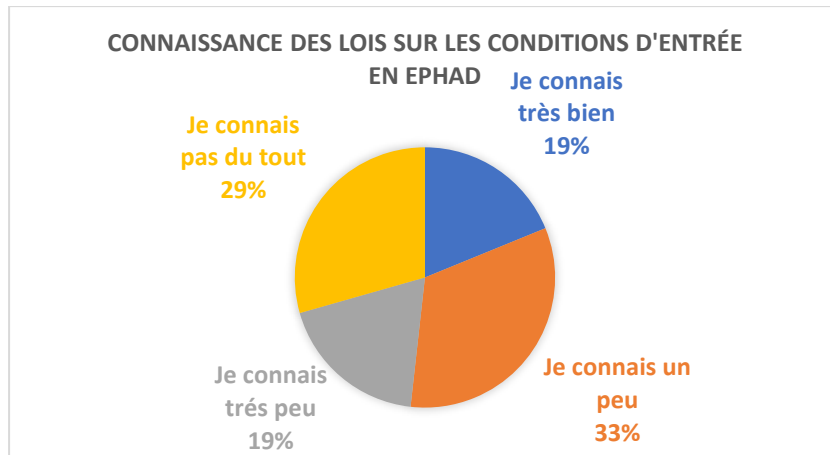
Connaissance de la définition d'handicap psychique

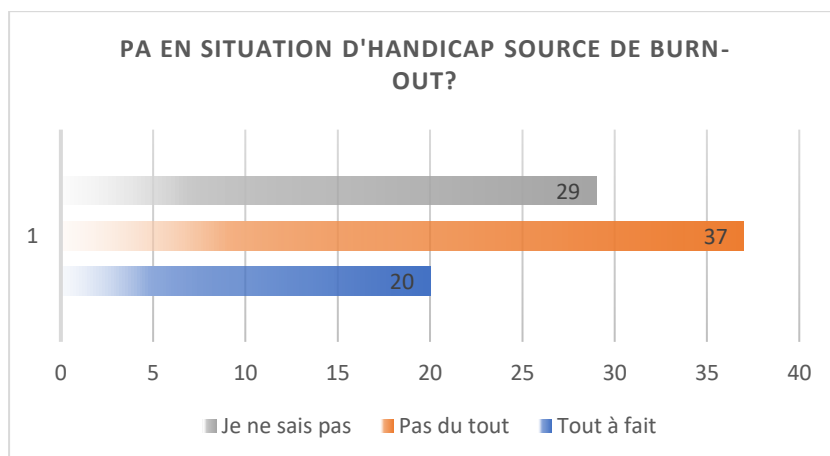
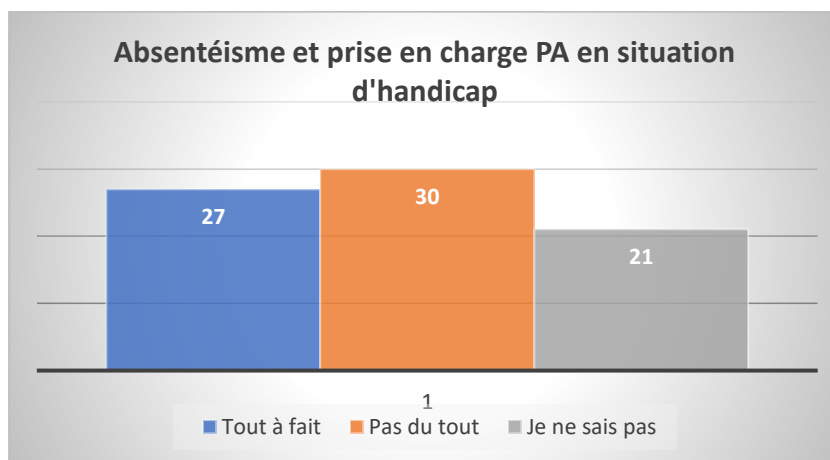
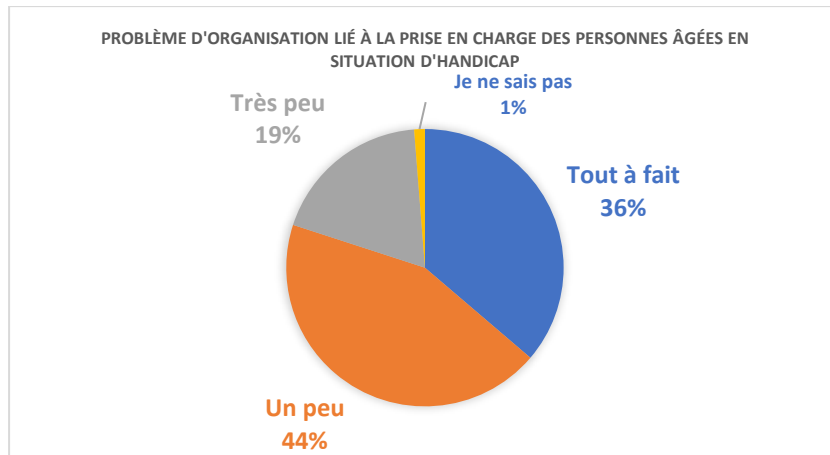
■ Augmenter ■ Diminuer ■ Total

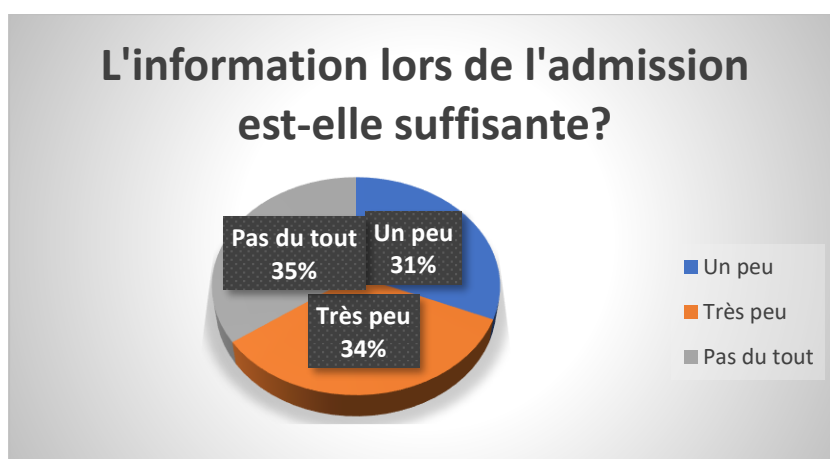
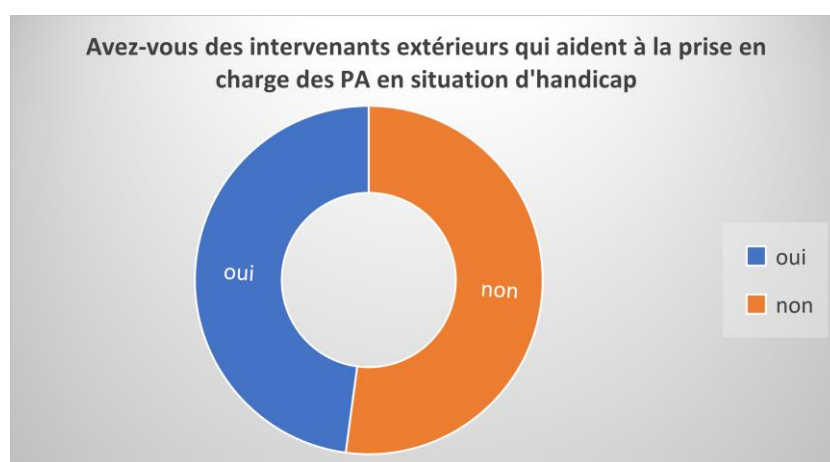
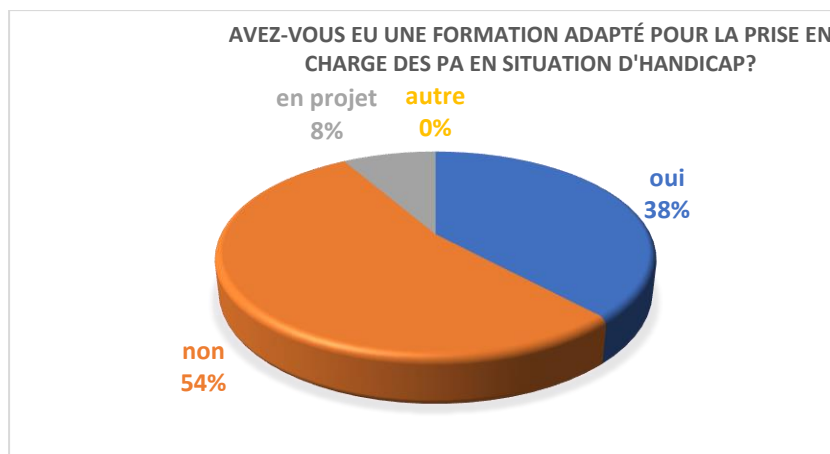


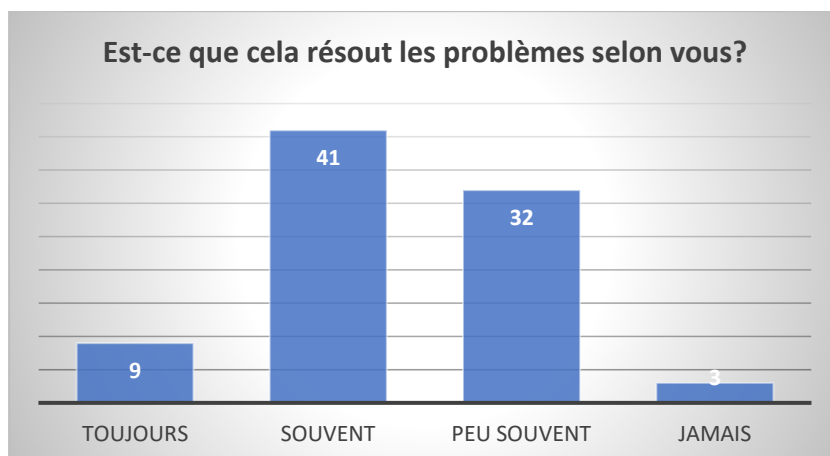
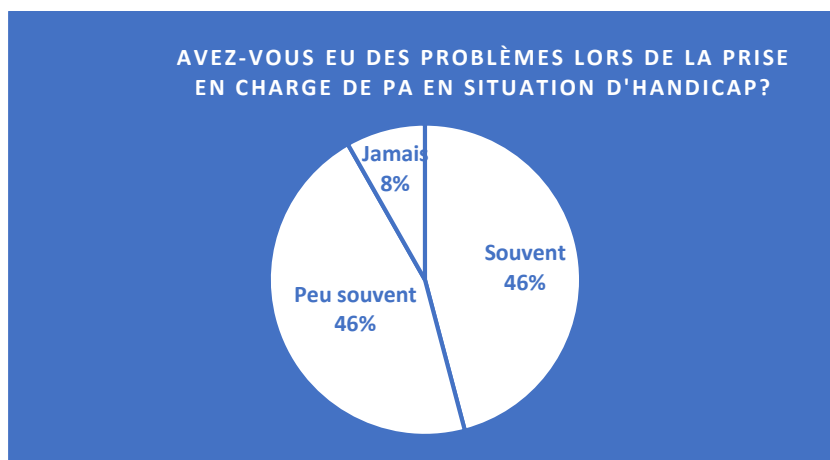
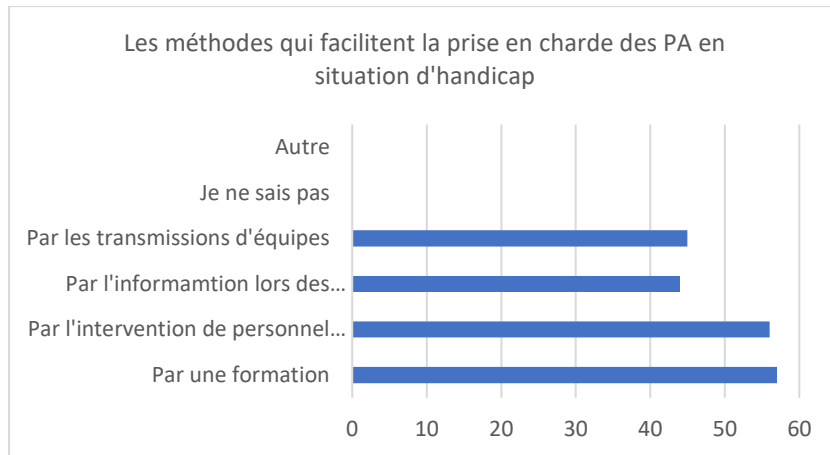
Connaissance de la définition d'handicap mentale.











LES MOYENS UTILISÉS POUR REMONTER LES PROBLÈMES

