

Projet d'accompagnement Adaptation à la prévalence des déficits cognitifs

I - Historique

Le F.L. (Foyer Logement) est devenu E.H.P.A.D. en 2002 pour répondre à une évolution progressive des besoins d'hébergement des personnes âgées. Au départ jeunes retraités quittant leur logement de fonction, les résidents sont arrivés plus âgés et plus dépendants, présentant essentiellement une évolution des capacités physiologiques et des déficits dus à des pathologies d'organes (articulations,...). La composante soin et dépendance prenant le pas sur la composante hébergement, les besoins en personnel, en qualification et en financement a évolué vers la mise en place d'aides soignantes et d'infirmières qui se dévouent aux soins de résidents qui viennent, parfois par choix, parfois par isolement social et, le plus souvent dans le cadre d'une prise en charge de soins difficiles à gérer dans de bonnes conditions au domicile.

La mise en place d'une équipe d'animation a visé, dans un premier temps, à lutter contre la composante sclérosante de notre institution, peu stimulante puisque prenant en charge les multiples activités qui remplissent notre vie (se laver, s'habiller, se préparer le repas, ...), et coupant les résidents de leur monde culturel. Pour cela, le but était de proposer des activités meublant et structurant les périodes libres du milieu de matinée et de l'après-midi.

Dans un deuxième temps, poussé là encore par l'évolution des résidents, il nous est apparu qu'on ne pouvait dissocier les soins de l'animation elle-même, dont le but est de donner une âme, un sens à la vie des résidents. Les animatrices se sont donc davantage impliquées dans le soin et les soignants ont cherché à colorer leurs soins d'une volonté de contact entre humains, de stimulation à l'envie de vivre, et de réaliser. Il est nécessaire de prendre en compte le message d'inéluctabilité contenu dans l'arrivée à la résidence Pédoya et de l'accompagner dans un projet qui ne se résume pas à attendre la mort, comme nous l'attendons tous, en meublant les temps les plus vides. Nous nous devons d'apporter à chacun écoute, soutien et chaleur au travers de chaque contact professionnel, que l'on soit soignant, animateur, au ménage ou à la cuisine. L'évolution des postes de travail montre bien cette évolution.

Ce chemin est déjà bien démarré, les pratiques professionnelles ont bien évolué et l'ensemble du personnel a bien intégré cette nécessité de s'impliquer soi-même, au travers sont rôle propre, dans le bien-être et le bonheur de ceux qui nous sont confiés.

II - Les nouvelles données

L'allongement de la vie et les transformations sociales s'accompagnent de modification progressive du profil des résidents qui nous arrivent : grand âge, pathologies plus lourdes, et déclin cognitif. Ce dernier point occupe une place importante, car c'est la raison la plus fréquente de passage en institution, et que cette pathologie est surreprésentée par rapport à la population de même âge restée à domicile. La mise en route de l'aile sud de la résidence souligne cette vocation.

On ne peut réduire le déficit cognitif à une maladie spécifique qui serait la maladie d'Alzheimer, dont la cause serait univoque et dont le traitement serait chimique et étiologie. Il faut rappeler qu'aucun test n'est spécifique et que seul le diagnostic microscopique pratiqué après le décès est caractéristique d'une involution typique d'Alzheimer. On mélange sous ce vocable différents tableaux d'involution cérébrale alliant une origine sociale, affective, thymique, ischémique en foyer massif ou en multiples micro foyers... D'ailleurs, l'absence d'efficacité réelle des traitements présentés comme modifiant l'évolution de la maladie d'Alzheimer, apparente dans toute étude faite en dehors de l'influence du laboratoire fabriquant, confirme bien qu'il faut mettre en œuvre un accompagnement thérapeutique global des déficits cognitifs comprenant une composante chimique

d'ambition modeste (calmer, positiver l'humeur...) et surtout la mise en place d'une convergence de moyens qui pourrait ressembler à un pôle d'activités et de soins adaptés (se reporter à l'annexe PASA).

Le volet architectural a été développé dans l'aile sud. Reste à en terminer ce qui va lui donner une fonction : l'aménagement du jardin, qui va apporter un peu d'espace extérieur et va permettre d'installer un espace animalier. Le contact d'animaux a montré son efficacité sur les troubles cognitifs et du comportement.

Le soin : il vise à répondre aux besoins physiologiques et d'hygiène des résidents, sous réserve que ces soins concourent au bien être réel et immédiat. La propreté, la nourriture n'ont pas pour but ultime de prolonger la vie le plus longtemps possible, mais de fournir des conditions de vie dignes de l'humanité de chacun de nous. En conséquence, un effort de formation est en cours afin de permettre au personnel soignant de définir la place du soin dans l'accompagnement du déficit cognitif, au travers d'un travail sur notre manière d'être à l'écoute des résidents.

L'animation se retrouve également confrontée à cette stimulation intellectuelle qui vient de la rencontre de techniques d'animation prévues pour une population sénescence tout venant, et qu'il faut adapter à la déficience cognitive. La fonction occupationnelle doit laisser la place aux besoins de stimulation cognitive tout en apportant affectif et apaisement des tensions internes créés par la conscience relative mais certaine du décalage entre les souhaits et, les réalisations.

Le masseur kinésithérapeute a toute sa place pour atteindre les buts que nous avons définis, et plutôt que de le cantonner aux massages des contractures et à la mobilisation passive des fractures synthésées, comme cela semble conçu par nos autorités de tutelle, il nous semble important d'intégrer le masseur kinésithérapeute dans :

- le travail ergonomique, utile pour gérer des problèmes source d'inconfort, de douleur et d'échec ;
- la conservation de la verticalité, spécifique de l'espèce humaine, et image de sa dignité ;
- la sensibilisation de l'ensemble de l'équipe à la multiplication des contacts physiques.

Il ne s'agit pas de pallier à une médecine qui renonce, mais bien d'apporter à chacun selon ses besoins.

Le psychologue. Il est de coutume de réduire chaque individu à son étiquette, et pour le cas du déficit cognitif, à une démence, terme particulièrement poétique et réducteur. La réalité est, bien sûr, qu'une personne, qui par ailleurs présente un déficit cognitif, lui-même très différent selon chacun, reste une personne humaine avec ses tristesses, ses fixations, ses blessures, nombreuses au bout d'une longue vie, ses épisodes de conscience plus ou moins aigus de sa situation et de son isolement.

Pour cela, les divers traitements chimiques sont d'un effet modeste, et les effets secondaires bien palpables. Il semble donc tout à fait souhaitable de prendre en compte cette dimension de sa personnalité et d'introduire dans l'équipe un psychologue :

- pour donner un éclairage pertinent sur les difficultés de cette personne ;
- pour entreprendre une action thérapeutique avec cette personne et sa famille.

La famille : Sous ce terme, nous englobons les proches et ceux qui sont signifiants pour le résident. Le partage d'une période de leur vie fait ressentir l'importance de la relation familiale dans le fonctionnement psychique. La présence ou l'absence ressentie s'exprime au travers des propos adaptés ou non et des comportements. Nous devons aider ces personnes âgées dans leur tentative de se situer dans leur relation familiale.

De même, il est nécessaire de soutenir cette présence des proches en les aidant à cheminer avec leur aïeul malade.

III - Mise en œuvre des objectifs

Structuration du lien familial

- 1/ Association des familles.
- 2/ Accueil des aidants avant l'arrivée en institution et après.
- 3/ Accompagnement du résident dans son nouveau statut de personne âgée dépendante.

Structuration du rapport entre la structure et les intervenants libéraux externes

Kinésithérapeutes :

Signature d'une convention permettant d'augmenter la cohérence de l'équipe soignante en faisant circuler l'information, de situer l'intervention dans le projet global du résident et de garantir une prestation de qualité.

Mise en route progressive, dans le cadre libéral, de l'accompagnement plus spécifique des déficits cognitifs.

Médecins :

Signature d'une convention ayant une ambition comparable à celle des kinésithérapeutes, avec un volet sur les prescriptions tentant une impossible compatibilité entre budget global et liberté de prescription.

Donner un sens aux soins par le projet individualisé d'accompagnement

En reprenant l'historique et les bilans précédents, on éclaire les attitudes actuelles afin de définir l'objectif de l'ensemble de nos interventions ; son actualisation s'impose quand un changement met un terme à l'action entreprise et oblige à définir un nouvel objectif.

Utiliser des compétences extérieures :

- Médicales au travers des réseaux :

Association des médecins coordinateurs ;

Convention avec la psycho-gériatrie.

- Pharmaceutiques pour la gestion des médicaments dans le cadre d'un possible budget global des médicaments.

Formation continue

- Formation à la validation ;

- Gestion de la douleur ;

- Formation informelle au cours des réunions internes.

IV – Bilan et perspectives

4.1 Difficulté de mise en œuvre

Le temps à consacrer à chaque personne, dans une relation spécifique, est forcément limité et source de culpabilité d'abandonner une personne en besoin d'écoute. Notre prise en charge individuelle ne peut évoluer vers une prise en charge de 24 heures sur 24, comme le serait celle d'amis ou de proches prenant en permanence chez eux leur aïeul. L'attention, l'échange affectif sont nécessaires à la réalisation de notre mission, même si ils doivent faire prendre en compte la souffrance du décalage entre ce que l'on souhaite faire et la nécessaire limite du temps. Nous partageons cette souffrance avec les proches confrontés à leur disponibilité limitée, pour accompagner leur parent.

La gratification reçue par les différents intervenants, au travers de leurs échanges avec les Résidents, est variable selon leur fonction
Estime du soin pour l'infirmière
Place des aides-soignantes dans l'intimité du Résident et débordant même sur le monde affectif pour peu que les proches ne soient pas trop présents
Valorisation concrète du rôle des cuisines
Rôle intermédiaire obligé du personnel administratif ;
Plus grande difficulté à trouver cette valorisation pour le personnel de l'hébergement.

L'articulation entre les différentes équipes, en particulier entre l'hébergement, l'administration et le soin, n'est pas spontanée. Elle nécessite une bonne entente, qui doit s'appuyer sur des temps passés ensemble, tant sur les transmissions que pour tisser des liens ; les supports à ce bon fonctionnement restent à définir. L'unité de fonctionnement doit se faire autour de chaque résident, que ce soit au travers des soins, des aides, du ménage, que des repas. Chaque intervenant a un place aussi respectable que les autres et a une place dans le projet individualisé.

Les échanges avec les résidents constituent la base de notre travail. Les formes d'expression ne correspondent pas toujours aux normes usuelles : mouvement des yeux, du visage des mains, verbalisation, contacts corporels sont autant de mode d'expression à décoder. Nos réponses doivent intégrer les capacités de réception de nos résidents.

L'institutionnalisation des personnes âgées impose un rythme et des contraintes aussi bien à l'architecture des lieux, qu'aux horaires de repas, des soins, tout ceci entrave leur liberté de vie. Pour pallier à cela, il est important de passer un contrat négocié avec le résident ou son représentant et de la réactualiser chaque fois que nécessaire.

L'animation en tant que telle a été un peu délaissée pour des problèmes de priorité. Il est important que les périodes les plus vides de la journée soient habitées :

- soit par des dynamisations soutenues par la résidence ou des intervenants extérieurs bénévoles ou prestataires ;
- soit par l'implication des résidents dans les prestations nécessaire au fonctionnement de la résidence.

4.2 Perspectives

Le respect de la manière de vivre et du libre choix des résidents nécessite, quelque soit le temps que l'on a à consacrer à chacun, écoute et réponse. Nous devons être prêts à accepter et accompagner un refus, expression de la liberté de chacun, en réponse à une proposition qui doit être pour cela comprise.

L'intimité de chaque résident se doit d'être d'autant plus respectée, que l'environnement est collectif et que chaque personne a plus de mal à exprimer son besoin individuel.

L'autonomie doit être encouragée au travers de chaque intervention, la prise en charge complète de chaque geste ne doit intervenir qu'en cas d'indisponibilité totale, la situation d'autonomie de la personne doit être chaque jour réévalué.

Bien-traitance : pour que l'ensemble de nos prestations ne soit pas une maltraitance institutionnelle il importe de veiller en permanence que chacune de nos interventions soit en adéquation avec le besoin réel de chaque personne.

L'ouverture sur l'extérieur semble un aspect difficile à développer concrètement, mais néanmoins nécessaire. La ghettoïsation est une menace permanente de tout regroupement par catégorie. Le maintien de la vie sociale permet à chacun de garder une place dans la cité et d'échapper à la sensation d'être regroupé dans la résidence pour y finir ses jours. Comment faire venir la Bastide dans nos murs et faire participer nos résidents à la vie de la Bastide.

Le projet individualisé doit prendre en compte les habitudes sociales, religieuses et quotidiennes des résidents.

4.3 Aspects économiques

Les choix économiques, tant au niveau des institutions que des familles n'induisent en eux-mêmes ni dévouement, ni empathie, mais fixent des limites de temps, de moyens, de compétences, de gratification, et de stabilité du personnel qui participent à la qualité des soins. S'il n'y a pas d'autres limites que politiques à la réduction des coûts, il existe un lien direct entre l'effort des financeurs et le bien-être des résidents.

ANNEXE

Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA)

résumé MB 07/10/09

Contenu du projet

- Evaluation par un inventaire neuro-psy (NPI-ES) par l'équipe soignante.
- Repérage des troubles du comportement et description des méthodes de résolution.
- Accompagnement axé sur :
 - Les capacités fonctionnelles (ergottt, cuisine, activité physique).
 - Les capacités cognitives (mémoire, jardinage).
 - Les capacités sensorielles (stimulation, musique).
 - Les capacités sociales (repas, art...)

Chaque atelier fonctionne au moins une fois par semaine, dimanche compris.

Personnel

- Psychomotricien ou ergothérapeute.
- Assistant de soins en gérontologie.
- Temps de psychologue.
- Formation des différents personnels à l'écoute, la communication, et la prise en charge des troubles du comportement.
- En réseau avec un service en géronto-psy ou autre.

Local

Ce qu'on a, avec deux espaces d'activité adaptés, à vocation unique ou limitée (musique, peinture...).