

CONCEPT D'ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE MBT (PAA)

En préambule il est nécessaire de préciser que le concept d'accompagnement spécifique à Montbrillant découle du concept d'accompagnement, des valeurs institutionnelles de la Fondation Beau-Site ainsi que de la spécificité du milieu.

Contexte institutionnel :

La Fondation Beau-site gère 4 établissements médicaux-sociaux :

Beau-Site, Baugy (commune de Montreux): prestations de long séjour, 53 lits, buanderie et locaux administratifs centralisés;

Montbrillant, Chailly (commune de Montreux): hébergement psychogériatrique, 36 lits;

Le Maillon, Les Chevalleyres (commune de Blonay): prestations de court séjour, 28 lits;

Coteau-Muraz, Clarens (commune de Montreux): prestations de long séjour doublé d'un CAT (Centre d'Accueil Temporaire) géré de manière indépendante par une équipe formée au maintien à domicile, 36 lits.

L'EMS Beau-Site ainsi que Coteau-Muraz sont des EMS de long séjour de gériatrie classique dit psychogériatrie compatible. On entend par psychogériatrie compatible, des personnes qui souffrent de troubles neurodégénératifs ou de problèmes psychiatriques gérables dans un contexte communautaire. Ces personnes ne doivent pas avoir des troubles du comportement trop envahissants et dérangeants pour les autres résidents de la maison.

L'EMS Montbrillant accueille des personnes en situation de psychiatrie de l'âge avancé, en long séjour. Cet établissement est spécialisé dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles neurodégénératifs sévères avec parfois des troubles du comportement importants et des pathologies psychiatriques nécessitant un accompagnement spécifique.

Le concept d'accompagnement de la Fondation Beau-Site est basé sur une approche valorisante de la vieillesse, le respect de la personne et sur la personnalisation des prestations qui lui sont proposées.

L'accompagnement s'adresse à la personne dans sa globalité en recherchant la satisfaction de ses attentes, de ses désirs, de ses besoins, et même de ses rêves, tant au niveau physiologique, psychologique, sexuel, social et spirituel. Le résident est accompagné depuis son admission jusqu'à son départ. Le partenariat avec les proches et les familles est souhaité. L'établissement propose des rencontres régulières avec les proches afin de construire une relation de confiance mutuelle et d'établir un partenariat avec ces derniers. Des espaces d'échanges destinés aux familles des nouveaux résidents sont également organisés avec la direction.

Le travail en équipe interdisciplinaire représente la base de la mise en application de ce concept. La mise en œuvre et le partage de différentes compétences permettent

d'offrir des prestations répondant aux besoins, désirs, rêves et attentes de chaque personne accueillie.

Nos valeurs institutionnelles sont :

Respect

Nous respectons les droits fondamentaux de chaque personne, ainsi que son autonomie et sa liberté de choix selon les principes légaux. Nous encourageons le respect de la différence et du style de vie de chacun. Le respect représente également un savoir-être qui incite tous les collaborateurs à être constamment à l'écoute du résident ainsi qu'à valoriser ses choix.

Chaleur

Nous voulons créer dans l'établissement une ambiance accueillante, conviviale et chaleureuse. Nous tendons à développer une attitude de tolérance et de bienveillance entre les résidents, le personnel et les visiteurs. Nous souhaitons que chaque résident puisse se sentir chez lui. Nous cherchons à créer des liens avec le quartier et la commune en participant à la vie locale et associative.

Professionnalisme

Les qualifications et la motivation des collaborateurs sont essentielles pour assurer un accompagnement adapté à la psychiatrie de l'âge avancé et vieillissante. La formation continue, interne et externe, représente le moyen privilégié pour actualiser les compétences. Celles-ci renforcent le travail en réseau avec les différents partenaires médico-sociaux. L'évaluation continue du personnel permet de maintenir la qualité des pratiques.

Contexte géographique et architectural :

L'EMS Montbrillant est situé au cœur d'un quartier avec une école à proximité. Cela favorise les liens avec les habitants et l'intégration des personnes présentant des troubles psychiques au sein de la population. Au fil des années, une proximité s'est créée avec les habitants du quartier. Chaque année, l'EMS Montbrillant organise la fête des voisins ce qui permet de démystifier la maladie psychiatrique ou la démence et renforce la solidarité.

Au niveau architectural, Montbrillant est un ancien hôtel particulier. Son architecture sur 6 niveaux ainsi que son côté vétuste présentent parfois des difficultés pour son exploitation, mais il présente de nombreux avantages en lien avec un côté « contenant » naturel ; les pièces sont nombreuses et il offre plusieurs endroits de retrait à ses habitants.

« L'installation dans les corridors ou au fond d'un couloir d'éléments amovibles incitant à la rencontre et au repos (bancs, fauteuils confortables, etc.) n'est pas compliquée. Ces endroits, font office de « niches ». Ces différents lieux qui favorisent les contacts sociaux,

l'orientation dans le temps et l'espace et confèrent un sentiment de bien-être ainsi que de protection. Ils sont manifestement bien conçus lorsque les pensionnaires s'y installent volontiers » (Spini et al., 2019).

L'architecture du lieu offre la possibilité de se retrouver dans un espace plus convivial ou plus stimulant selon les besoins du résident. Ses extérieurs sur plusieurs niveaux offrent également un cadre reposant et un sentiment de sécurité aux résidents. *« Les niches aménagées aux endroits animés (p. ex. à proximité de la salle à manger, de l'ascenseur) donnent le sentiment d'être acteur des événements tout en permettant le retrait » (spini et al., 2019).*

Le bâtiment est ouvert ; les barrières architecturales nous ont poussés à développer une culture du risque qui sera détaillée plus loin dans ce document.

Historique

L'ancien hôtel Montbrillant a été acheté en 1965. C'était un EMS de 36 places pour des personnes ayant besoin de soins. 14 lits étaient réservés à des pensionnaires indépendants (lits C et lits D). Après 20 ans d'exploitation, Montbrillant a fait l'objet d'une nouvelle rénovation. Le 5 octobre 1988, une conduite de gaz explose. Dans les années 90, malgré les rénovations, les exigences devenaient de plus en plus importantes. En outre, au sein de la Fondation il y avait Coteau-Muraz qui était une nouvelle structure, ainsi que Beau-Site qui avait l'aura de la maison mère ; de ce fait le taux d'occupation de Montbrillant était plus bas. De par son architecture, il n'arrivait plus à répondre aux besoins d'une population de plus en plus dépendante physiquement (chaise roulante, couloirs étroits). De plus, M. Rochat, directeur, avait la vision que la Fondation Beau-Site devait pouvoir offrir tous les services à la population âgée de la région et qu'une structure de psychogériatrie manquait. Il y avait en effet dans les deux autres structures des situations nécessitant des soins plus spécifiques et il sentait un besoin de la population montreuusienne pour ce type de structure. Montbrillant semblait tout indiqué pour cette mission et le projet était lancé en 1996. Malgré la mission spécifique, les réflexions ont été menées avec différents cadres des autres maisons au sein d'un groupe de travail pour garantir la cohésion de la Fondation. Un deuxième groupe interne a travaillé sur le concept de psychogériatrie et, dès le départ, l'idée était qu'un lieu de vie ne peut pas être systématiquement fermé. Ce fait a aussi poussé la réflexion des limites de l'accueil, ce qui était novateur pour l'époque. De là, a découlé toute la réflexion autour de la gestion du risque et de l'intégration des familles à cette gestion. Dans cette manière de travailler il était indispensable d'être partenaire avec les familles et de là est né à Montbrillant le repas d'accueil avec une personne de l'administration de Beau-Site, une personne de Montbrillant et deux personnes de la famille et le résident. Un livret d'accueil avait été créé pour permettre aux familles et aux résidents d'avoir accès aux informations utiles à leur intégration. De plus, une collaboration étroite avec la Fondation de Nant a été créée. A l'époque, un psychogériatre de la Fondation de Nant intervenait tous les 15 jours et le généraliste une fois par semaine. Tout au long de ces dernières années, le concept d'accompagnement de Montbrillant, tout comme celui de la Fondation n'a fait qu'évoluer.

Population accueillie à Montbrillant :

Montbrillant est un lieu de vie qui accueille des personnes atteintes de démences (psychogériatrie), ainsi que de personnes souffrant de troubles psychiatriques (PAA), personnes dépendantes vieillissantes.

L'âge d'admission est de 65 ans et plus. Certaines exceptions sont possibles en lien avec la situation de la maison et de la personne.

Exclusions : Personnes présentant une hétéro-agressivité active.

La priorité est l'équilibre de la maison ainsi que l'équilibre des personnes vivant en chambre à deux lits. Une entrée peut-être refusée s'il est évalué que le résident ne pourra pas s'acclimater avec la personne déjà présente.

Un accompagnement valorisant la personne âgée souffrant de troubles psychiques :

Les **principes d'accompagnement** à Montbrillant ont pour socle commun la même philosophie que le reste de la Fondation Beau-Site ; cependant, certains aménagements ont dû être apportés en lien avec la particularité de la mission.

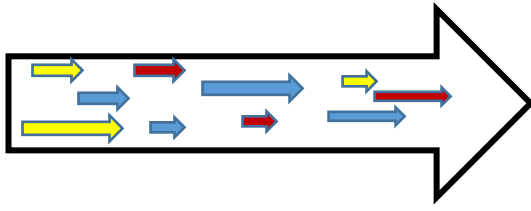
L'établissement est ouvert sur l'extérieur. L'accompagnement repose sur trois valeurs qui sont le respect des styles de vie, la liberté et la tolérance.

Selon nous, la personne âgée est unique, c'est un être individuel complet avec ses caractéristiques propres, en évolution constante avec un passé, un présent et un avenir. Elle ne peut être définie par une pathologie et/ou un diagnostic. Comme toute personne, elle conserve tous ses droits et ses devoirs.

L'accompagnement est **interdisciplinaire**. L'interdisciplinarité fait partie des principes de base de la Fondation et de ce fait s'applique à Montbrillant. « *Les collaborateurs travaillent en interdisciplinarité : l'ensemble des professionnels partagent leurs observations et conjuguent leurs compétences et leur savoir-faire pour offrir des prestations répondant aux besoins spécifiques de chaque résident* » (Site internet de la Fondation Beau-Site, 2008).

Les équipes de Montbrillant sont composées, comme ailleurs dans la Fondation, du service hôtelier, du service animation et du service des soins. Nous travaillons en interdisciplinarité à différents moments de la journée et de la semaine. Une rencontre avec les répondants a lieu au minimum une fois par mois afin de partager les événements du quotidien, de coordonner l'accompagnement des résidents et d'aborder le volet des collaborateurs. La volonté au quotidien est de développer toujours plus les compétences collectives.

Pour ce faire, tous les collaborateurs suivent la formation FAP. Comme l'écrit Griesser (2010), « *une équipe est d'autant plus performante si elle bénéficie d'une formation conjointe (...). De cette manière, chaque professionnel prend conscience du savoir et des compétences que leurs collègues des différentes disciplines développent. Ceci invite à un respect réciproque* ». Chacun a des compétences liées au métier, un rôle défini, dans un objectif commun qui est la satisfaction du résident ainsi qu'un accompagnement optimal.



Objectif : Permettre aux résidents de vivre sa vie au plus proche de ses aspirations tout en lui donnant les moyens/répondre aux besoins compromis

Chaque résident est considéré individuellement. Le centre de l'accompagnement est **l'accompagnement de projets**. Celui-ci est centré sur les désirs, souhaits et les rêves du résident. Nous parlons plutôt d'accompagnement de projets que de projet d'accompagnement, parce que l'équipe interdisciplinaire est au service du projet individuel du résident, elle l'accompagne dans ses choix. Le risque, lorsqu'on parle de projet d'accompagnement, est de partir du projet des professionnels et dévier facilement sur un projet de soins infirmiers.

Chaque moment au quotidien est axé sur le **principe d'autonomisation** et la **valorisation du rôle social** du résident.

Le concept d'autonomie représente donc la capacité d'une personne à décider, à mettre en œuvre ses décisions et à satisfaire ses besoins particuliers, sans sujétion à autrui. « *Un comportement est donc considéré comme autonome si la personne agit en accord avec ses propres références, intérêts et/ou habiletés, indépendamment de toute influence externe* » (Wehmeyer & Sands, 1996).

L'**accompagnement médical** est également un point important. Le médecin est présent 1x/semaine afin de régler les problématiques aiguës, mais également afin de rencontrer le résident ainsi que ses proches de manière régulière. L'EMS a recours régulièrement au soutien de l'Equipe Mobile de Psychiatrie Ambulatoire (EMPA). Le résident est suivi étroitement tant au niveau psychique que somatique. Que l'accompagnement soit palliatif ou curatif, chaque résident est accompagné selon les souhaits qu'il a pu formuler. Pour faire respecter ses choix, nous avons un document qui se nomme « **directives anticipées** ». L'EMS Montbrillant prodigue des soins palliatifs et peut faire appel à une infirmière ressource en soins palliatifs, interne à la Fondation. Si la situation le nécessite, nous collaborons également de manière active avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP).



Nous mettons tout en œuvre en interdisciplinarité pour créer une alliance avec chaque résident afin de créer et maintenir une relation de confiance.

L'accompagnement quotidien est adapté aux besoins du résident tout en favorisant son autonomie et son **empowerment**. Chaque acte doit pouvoir être un support en lien avec le choix du résident. Ce terme « *empowerment* » fait référence aux « *multiples dimensions de la perception de contrôle, incluant les domaines cognitifs (efficacité personnelle), la personnalité (lieu de contrôle) et la motivation* ». Une personne qui agit selon l'*empowerment* psychologique est une personne convaincue d'avoir le contrôle des circonstances importantes pour elle (« *locus of control* »), de posséder les habiletés requises pour atteindre les résultats désirés (auto-efficacité) et de choisir d'appliquer ces habiletés pour atteindre les buts identifiés et attendus (attentes de solutions positives).

L'**art-thérapie** permet, grâce à sa propre et unique créativité du moment présent, de matérialiser ses pensées, ses émotions, ses sensations, de manière verbale ou non verbale, quelles que soient ses capacités motrices ou verbales. L'art-thérapeute adapte les matériaux choisis. Ceux-ci sont un support au processus créatif et à l'imaginaire. Ainsi, l'art-thérapie, en permettant de retrouver sa propre créativité, peut aider à sortir de l'isolement, à renforcer les ressources encore présentes ainsi que

l'estime et la confiance en soi, à éveiller les sens, à sortir de l'isolement, à diminuer l'angoisse. L'art-thérapeute soutient et accompagne la personne, à l'atelier ou en chambre dans une atmosphère de liberté d'expression, d'écoute, de dialogue, de non-jugement et de bienveillance.

Les **mesures de contentions** telles que barrières, fermetures des portes, limitation d'accès aux lieux de la maison, limitation des mouvements sont la dernière des options envisagées si toutes les autres possibilités d'accompagnement ont été un échec. Les mesures de contraintes, si elles doivent être mises en place, font l'objet d'une documentation étayée dans notre outil de transmission, ainsi que d'une procédure issue de notre système qualité. Elles sont décidées de manière conjointe entre le médecin et l'infirmière. La famille peut être associée à la décision. Elles sont réévaluées au minimum 1x/mois.

En principe, ces mesures permettent de répondre à une situation de crise. L'état de crise n'est pas durable. La crise se définit comme un état qui se produit quand une personne fait face à un obstacle, à un des buts importants de sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème.

Le **cadre thérapeutique** est utilisé dans certaines situations qui le nécessitent dans les cas de psychiatrie de l'âge avancé. Il est réévalué régulièrement par l'équipe interdisciplinaire et discuté lors de la visite médicale avec le résident. Ce dernier doit permettre de l'apaiser et l'aider à structurer ses pensées. Il permet aussi à l'équipe interdisciplinaire d'avoir une ligne contenant et rassurante pour le résident.

Comme le mentionne Anzieu (1985), le cadre thérapeutique est tel une « *matrice protectrice* » qui doit être élaborée et garantie par le thérapeute. Le rôle du thérapeute devient comme « *une seconde peau psychique où les pensées du sujet peuvent se déployer et où l'excitation, qu'elle soit d'origine interne ou externe, est limitée dans ses effets désorganisateurs* » (Denis, Jennifer et al., 2015).

Il doit faire sens dans l'accompagnement. S'il est utilisé de manière abusive il peut générer de l'agressivité. Le risque de monter en symétrie avec le résident est alors très accru. De plus, il est parfois mal compris par le personnel peu formé, qui peut faire acte d'autorité abusive.

Le **programme** est un outil qui permet l'orientation temporelle et spatiale du résident. Il est nécessaire de tenir compte de la présence et de la sévérité des atteintes cognitives. Lorsque les personnes présentent des déficits cognitifs modérés et sévères, nous sommes plutôt orientés vers des stratégies d'orientation spatiale. Par exemple, garder au même endroit les objets que la personne connaît. Respecter les habitudes, telles que s'asseoir à la même place à table. Le programme en ce sens permet aux accompagnants d'avoir une ligne commune qui rassure le résident.

A Montbrillant chaque résident est libre d'aller où il le souhaite, hormis dans les espaces privés individuels (chambres). Tout est ouvert. **L'accompagnement du risque** fait partie du quotidien. A l'entrée et tout au long du séjour il est évalué et discuté, avec le résident, mais également avec ses proches. Tous les aspects sont abordés : risques de chutes, risques d'errance, risques liés à l'architecture du bâtiment et ses extérieurs, risques de fugue, risques en lien avec une pensée suicidaire (raptus ou tentamen), risques de comportements addictifs ou autre risque individuel identifié.

Définition du risque : il s'agit d'une anticipation sur la possibilité d'un dommage. En cela, il est une spéculation entièrement construite dans l'imaginaire. Ce n'est pas un fait puisque lorsque le fait se produit, ce n'est plus un risque mais un accident ou un dommage. Cela nous amène qu'une réflexion sur le risque doit tenir compte de nombreux paramètres, notamment aussi ceux liés à la compréhension de l'évènement par le résident.

Sans risques, il n'y a pas de vie. Donc accepter le risque, c'est accepter dans une certaine mesure la vie.

Pour le « Risk Manager », le fait de nommer les risques (de les imaginer) permettrait en théorie d'anticiper les répercussions des dangers ou des accidents en mettant en place des procédures de contrôle, d'anticipation ou des réactions. Mais un des « risques » de cette attitude est que la recherche de déduction d'un risque en génère un autre et, de ce fait, entraîne le professionnel dans une spirale infernale.

Le fait de nommer le risque et d'en discuter, que ce soit avec le résident, les proches, l'équipe d'accompagnement ainsi que le médecin permet de poser les choses afin de pouvoir prendre du recul sur des situations qui génèrent parfois beaucoup d'émotions.

Le proche « confie » son parent à l'EMS et ce dernier a le devoir d'assurer sa sécurité, parfois au détriment de sa liberté individuelle. Nous veillons à ce que le résident puisse exprimer ses désirs, même s'ils vont à l'encontre de ce que souhaite la famille ou encore du réseau professionnel.

De ce fait, les allées et venues des résidents sont libres. Il est seulement demandé que l'équipe d'accompagnement soit informée. Les séjours chez les proches ainsi que les sorties sont tout à fait envisageables, sauf avis médical contraire. Il n'y a aucun horaire de visite.

L'**Accompagnement socioculturel** est également un point important au quotidien. Les animations et activités proposées sont émises soit par les résidents eux-mêmes de manière participative, soit par le personnel d'animation pour permettre de découvrir de nouvelles pratiques. Elles peuvent être physiques, cognitives, culturelles, artistiques ou simplement de la vie quotidienne. Ces animations socioculturelles ont pour but de rendre les résidents acteurs de leur décision, participatifs et autonomes, tout en étant attentif qu'elles puissent promouvoir le plaisir et le bien-être des personnes accompagnées. Nous mettons tout en œuvre pour que ces moments de rencontre et de partage puissent favoriser l'intégration des résidents au sein de Montbrillant, en s'appropriant les lieux, en ayant l'opportunité de pouvoir communiquer, collaborer et créer des relations sociales avec les collaborateurs mais aussi avec les autres résidents.

L'équipe d'animation a très à cœur de valoriser les ressources et les compétences de chaque résident et de leur permettre, avec des outils au quotidien, de retrouver leur rôle citoyen. Les valeurs et le respect du rythme de chacun sont au centre de nos réflexions.

Les animations socioculturelles à Montbrillant privilégient des activités en moyen et petit groupe, pour favoriser l'intégration et l'émergence des besoins et envies de chacun. De cette manière, le but est de donner et de laisser la place à chaque participant. Les animations individuelles sont aussi indispensables pour créer une relation de confiance et permettre une meilleure communication avec le résident.

L'individualisation du lien offre l'opportunité d'offrir au résident un accompagnement qui se veut au plus près de ses besoins, de ses désirs émis au préalable, comme par exemple lors de son accompagnement de projet. La connaissance des personnes accompagnées permet de proposer des actions adaptées et qualitatives.

Nous veillons également à proposer un **accompagnement spirituel**. Des offices religieux ont lieu régulièrement dans la maison. Une accompagnatrice spirituelle vient également régulièrement rendre visite aux résidents qui le souhaitent.

Les outils pour concrétiser cet accompagnement :

Comme cité plus haut, **l'accompagnement de projet** est le moyen central qui permet de définir avec le résident quels sont ses envies. Il est fait en présence du résident avec une représentation de tous les services. L'objectif est de mettre les compétences de tous au service du souhait/ rêve du résident.

Nous avons aussi accès à certains **éléments technologiques** afin de nous aider dans l'accompagnement, tel que les montres GPS, ce qui permet de sécuriser le résident. Paradoxalement cela permet plus de liberté. L'utilisation des montres n'est pas généralisée. Elle est évaluée de manière individuelle et selon des principes éthiques que nous avons définis.

Nous avons également accès à certains moyens afin de prévenir les chutes, tels que le tapis sonnette. Ce dernier donne une indication de mouvement et permet aux collaborateurs d'aller s'assurer que le lever se passe bien. La mise en place du tapis sonnette est évaluée par l'équipe infirmière et également validée par le médecin. Cette mesure est individuelle et évaluée au minimum 2 fois par année; elle est tracée dans notre système d'information.

Un document « les principes de l'animation » a été créé pour nous permettre d'identifier nos buts, nos actions et nos moyens en terme d'accompagnement socioculturel.

Le **buffet déjeuner** mis en place permet de favoriser le choix du résident et de travailler d'une part sur son autonomie, mais également sur son indépendance.

Les déjeuners en petit groupe accueillent un groupe de résidents chaque semaine pour le moment du petit-déjeuner. L'objectif de cette rencontre est de favoriser et maintenir des liens avec des résidents étant en retrait social.

Le **moment d'accueil libre** a pour objectif de proposer une manière différente d'accompagner le résident durant l'après-midi. Ce moment spécifique vise à proposer des prestations au plus près des attentes, besoins et désirs des résidents, avec pour buts recherchés la valorisation, l'autodétermination, ainsi que le sentiment de confort et de sécurité. C'est un moment géré en interdisciplinarité.

Un **kiosque** a été mis en place à l'interne, dans l'objectif de favoriser le rôle social du résident, de lui permettre de faire quelques petits achats et de récupérer ses commissions. Les résidents institutionnalisés dans le milieu de la psychogériatrie/psychiatrie de l'âge avancé ne supportent pas toujours d'aller à l'extérieur, notamment dans un centre commercial qui offre un environnement trop stimulant pour certains d'entre eux.

L'accompagnement du risque est matérialisé au travers de la **fiche des « risques discutés »**. Cette dernière offre une possibilité d'identifier les risques ainsi que de se mettre d'accord sur les limites de chacun. De fait, la liberté du résident devient plus grande ; la responsabilité n'est pas portée uniquement par l'établissement, mais elle est partagée par toutes les parties.

La mise en place de **rituels** afin de sécuriser le résident, de lui donner des repères solides est une part importante de l'accompagnement proposé à Montbrillant. L'objectif est de diminuer, par ce mécanisme, l'anxiété qui peut être générée par l'inconnu, difficile à appréhender lorsqu'on souffre de démence ou de troubles psychiques. Nous pourrions parler là de « stratégie décisionnelle » : elle consiste en

« une série d'actions ou de petits gestes qu'il est possible d'utiliser dans tous les moments de la vie quotidienne et qui font en sorte que l'aîné se trouve dans une situation où il doit recourir à ses ressources personnelles pour exercer sa capacité de choix et d'autodétermination. Cette stratégie favorise le maintien des capacités d'interaction de la personne et évite la désagrégation de son identité, tout en prévenant la soumission, le désengagement et la perte d'autonomie » (Voyer, 2013, p.559).

Les entretiens d'entrées et de bilan sont réalisés à l'entrée du résident puis de manière régulière avec l'équipe d'accompagnement ainsi que le médecin. Il réunit également les proches du résident si celui-ci est d'accord. Son but est de maintenir le lien relationnel entre les différents acteurs qui accompagnent le résident dans sa trajectoire de vie. Nous offrons également la possibilité aux proches de partager un repas lors de l'entrée d'un résident dans le but d'accompagner le plus sereinement possible les changements qu'occasionne une arrivée en institution.

Dans notre accompagnement, nous nous basons également sur la théorie **des besoins compromis** selon Voyer. Le principe est de partir du principe qu'un trouble du comportement peut être induit par un besoin qui est compromis. Donc, avant toute action médicamenteuse, on se doit de vérifier que les besoins fondamentaux du résident sont satisfaits (faim, soif, besoin d'éliminer, etc.). Bien souvent l'agitation a comme fondement un besoin compromis.

Les **huiles essentielles** sont un soutien naturel proposé dans certaines situations. L'objectif est de développer cette prestation à Montbrillant, car elle permet souvent de répondre à un besoin, sans passer par une réponse médicamenteuse.

Le **système de référence** n'est pas développé à Montbrillant ; cependant, selon les besoins des résidents et leurs difficultés, nous pouvons mettre en place un système de personne de référence afin d'orienter le résident. Ce référent a pour mission de rencontrer de manière régulière le résident, d'être présent lors des événements clés de l'accompagnement (PA, Bilan, rencontre avec le curateur,...). Il a pour rôle de coordonner ce qui entoure le résident.

Le **projet de soin infirmier** (PSI) fait partie des outils que nous utilisons pour cibler une problématique et la traiter au moyen d'actions qui sont évaluées régulièrement. Une fois la problématique résolue, le PSI est fermé.

Un forum culinaire est organisé 2 fois par année. Il consiste à se faire rencontrer les résidents et un cuisinier pour échanger sur le thème de la cuisine et des repas. Durant

ce moment de rencontre, les résidents ont la possibilité de pouvoir exprimer leurs observations, leurs contentements ou à l'inverse leurs mécontentements et de faire des propositions. Le cuisinier va pouvoir répondre aux questions, prendre note des remarques et exprimer les réalités du métier.

Le **conseil des résidents** est également organisé 2 fois par année. Il a pour but de donner la parole aux résidents à propos de tous les sujets qui touchent de près ou de loin à leur vie dans l'EMS : le fonctionnement, les horaires, l'organisation, l'accompagnement, les activités, etc. Ils peuvent donner leur avis mais aussi proposer des améliorations ou des changements. En général, un collaborateur de chaque service participe à cette rencontre pour pouvoir répondre ou prendre note des éléments apportés. Un PV est réalisé à la suite de ce moment et est remis à l'ensemble des résidents, ainsi qu'aux collaborateurs.

Une **visite du chef de cuisine à l'entrée** est systématiquement organisée afin de recueillir les préférences alimentaires, les aversions, toujours dans ce souci d'être au plus proche des désirs et souhaits du résident.

Une **soirée des proches aidants** est organisée une fois par année pour permettre à toute personne accompagnant un proche qui réside à Montbrillant de pouvoir se rencontrer et échanger sur les difficultés rencontrées. Le médecin et un représentant de chaque service est présent à cette soirée, pour répondre aux questions et / ou simplement discuter de sujets en lien avec l'accompagnement.

Compétences spécifiques demandées et développées à Montbrillant :

Comme dans le reste de la FBS, les effectif pleins temps infirmiers sont supérieurs aux requis PLAISIR. Cet état de fait résulte d'une volonté d'avoir un accompagnement qualitatif. De ce fait, les infirmier.ères (ID), peuvent être intégré.e.s dans les soins du quotidien. L'évaluation des situations peut être faite de manière plus spécifique ; ainsi, les actions seront ciblées et adaptées au résident. Nous avons des ID spécialisées en psychogériatrie et en psychiatrie de l'âge avancé. Ces personnes sont ressources pour l'entier de la maison, voire au niveau de la Fondation, lorsqu'une situation se complexifie et que l'accompagnement est sous tension.

Tous les collaborateurs (tous secteurs confondus) de Montbrillant ont suivi le cours « Accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé » (FAP). Il est demandé aux collaborateurs d'avoir une capacité à gérer les aspects émotionnels et les tensions. Le milieu de Montbrillant est un environnement bien particulier ; les collaborateurs sont sans cesse sollicités et il est important qu'ils puissent gérer ces demandes incessantes en y répondant avec calme.

Un espace dédié à la formation continue nommé **café méninge** a lieu chaque semaine. Il a pour vocation d'offrir un espace de discussion, de formation mais également de créer une dynamique d'équipe saine. En effet, l'atmosphère de la maison est primordiale. Les résidents souffrant de troubles psychiques sont très sensibles aux émotions, aux tensions et aux mouvements d'humeur. Une équipe peu soudée ou qui interagit avec des tensions est vecteur de triangulation, de stress, d'agitation et d'agressivité auprès des résidents. Nous pouvons mesurer le niveau de cohésion des équipes, au niveau d'agitation des résidents. Les événements agressifs sont plus présents dans des moments d'instabilité de la maison.

Les développements futurs souhaités en accompagnement spécifique PAA :

En complément à ce qui a été développé jusqu'à ce jour, la Fondation Beau-site a décidé d'offrir un accompagnement selon la méthode Montessori.

Cette méthode sera également appliquée à Montbrillant. Elle a prouvé son efficacité dans le contexte d'une population atteinte de troubles neurodégénératifs, ainsi qu'avec des personnes atteintes dans leur santé mentale. Elle a comme objectif de valoriser l'individu au travers d'un rôle social.

La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées se base sur 12 principes :

1. L'activité doit avoir un but/un sens pour la personne, capter son intérêt.
2. Penser à **demander à la personne** et à l'inviter à participer.
3. Offrir du choix à chaque fois que c'est possible.
4. Parler moins, montrer plus !
5. Se concentrer sur les capacités de la personne.
6. Ralentir. Adapter sa vitesse à celle de la personne.
7. Utiliser des modèles, des indices visuels dans le matériel et l'environnement.
8. Donner à la personne quelque chose à tenir et manipuler.
9. Toujours aller du plus simple au plus complexe.
10. Si besoin, diviser l'activité en sous-étapes. Une étape à la fois.
11. Terminer en demandant: « Avez-vous aimé ? », « Voudriez-vous le refaire ? »
12. Le but est **l'engagement**. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise manière de faire.

L'équipe interdisciplinaire est un facilitateur. L'accompagnement est basé sur les ressources de la personne.

Une des idées directrices de la méthode est : « **aidez-moi à faire seul !** »

Dans le futur, il faudrait également pouvoir garantir une continuité de soins dans le milieu, même en période de crise.

Le paysage sanitaire change, les lits hospitaliers que ce soit en psychiatrie ou en somatique diminuent favorisant le développement et les interventions des équipes mobiles.

De plus, un changement de milieu est parfois très déstabilisant pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiques. Il faudra intégrer à la future structure de PAA une chambre de soins intensifs sécurisée afin de pouvoir gérer la crise dans le milieu. Cette chambre serait adjacente au bureau infirmier et aurait une partie vitrée afin de pouvoir garantir l'observation. Le mobilier serait sécurisé.

Le recours à ce type de chambre devra être encadré par des règles éthiques. Il faudra également pouvoir gérer la sortie de cette chambre et ne pas négliger l'influence sur l'alliance thérapeutique. « *Ce type de mise en isolement, bien que nécessaire et inévitable dans certaines situations, peut faire ressentir au résident un sentiment d'abandon, de peur, de punition* » (Perritaz & Gothuey, 2018). Il nécessite une évaluation rigoureuse de la nécessité d'un isolement, tant dans l'indication que dans la durée de cette dernière. Ce type d'accompagnement nécessite également un personnel infirmier formé et la collaboration d'un psychogériatre.

Au-delà de toutes les contraintes et les précautions qu'un tel accompagnement nécessite, le bénéfice pour le résident est sans doute à considérer. Il pourra rester dans le même milieu avec des repères connus. Il n'y aura aucune perte d'information. Dans les situations de menaces suicidaires sérieuses, la sécurité du résident pourra être garantie.

Du côté de l'institution, nous pourrions mettre en avant une diminution des hospitalisations et donc une diminution des pertes financières qui y sont liées.

Cette chambre pourrait également être utilisée lors de fin de vie qui nécessiterait une proximité du personnel. Elle serait dans ce contexte aménagée différemment. Elle pourrait également servir de chambre d'appoint pour des proches.

Anick Chevalley, RSGA

Marisa Soares, RS MBT

Bibliographie :

Livres :

Anzieu Didier, « Le Moi-peau », *Dunod : Paris*, 1985.

Voyer Philippe, « Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie », *Pearson ERPI*, 2013.

Articles de revue :

Amansou Saida, « Gestion des risques : fondements théoriques et analyse critique », *Assurances et gestion des risques/ Insurance and Risk Management*, vol.86, no.2-3, 2019.

Denis Jennifer et al., « Dans une pratique de soins psychiatriques à domicile : quel cadre thérapeutique pour permettre l'émergence d'un sujet libre ? », *Cahiers de psychologie clinique*, vol.44, no.1, 2015, p.193-208.

Gothuey Isabelle et Perritaz Aurélie, « Amélioration des pratiques cliniques comme réponse aux besoins et vécus des patients adultes en milieu psychiatrique aigu », *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 2018.

Griesser Anne-Claude, « Petit précis d'organisation des soins, interdisciplinarité », *Wolters Kluwer France*, 2010.

Landuran Audrey et al., « Cognitive and Motor Skills of People with Down Syndrome According to Their Perceived Self-Determination », *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2021.

Spini Dario (dir.) et al., « Habitat et vieillissement, Réalités et enjeux de la diversité », *Age Report IV*, 2019.

Wehmeyer Michael L., et Sands Deanna J., « Self determination across the life span : independence and choice for people with disabilities », *P.H. Brookes Pub.*, 1996.

Site internet :

Fondation Beau-Site, « Concept d'accompagnement interdisciplinaire », *FBS 2000.01 v2 du 21.08.08 / Accompagnement*.

Entretien de Pré-admission à la Fondation Beau-Site

Nom, Prénom : _____

Objectif de l'entrée en EMS : _____

Attentes de la personne : _____

Attentes des proches : _____

14 besoins et habitudes de vie



Besoin	Besoin de la personne	Besoin	Besoin de la personne
Manger/ Boire	Régime :	Être propre	Toilette :
	Petit déjeuner :		Douche/Bain :
	Diner et souper :		Etat de la peau :
	Boissons :	Eviter les dangers	
	Dentition :		
Dormir	Coucher :	Communiquer avec ses semblables	Etat psy :
	Sommeil :		Relations significatives :
	Sieste :		
Se mouvoir/posture	Intérieur :	Agir selon ses croyances et ses valeurs	
	Extérieur :		



Besoin	Besoin de la personne	Besoin	Besoin de la personne
Eliminer	Contenance : WC, chaise percée :	S'occuper en vue de se réaliser	
Se vêtir/dévoier	Habitudes : Aide :	Se récréer/loisirs	TV-Radio-Téléphone : Directives anticipées :
Maintenir température		Apprendre	
Habitudes particulières/ désirs/ Préférences		Médecins traitants	
Autre : <ul style="list-style-type: none"> - Coiffeuse - Pédicure - Autres 		Argent de poche/ gestion	



Entretien sur les risques



Bilan à faire dans le 1^{er} mois avec Résident et représentant thérapeutique/proche si le résident a donné son accord. La présence du résident est nécessaire dans tous les cas.

- 1) Bilan dans les trois mois : remplir le tableau.
- 2) Temps de réflexion d'un mois : rencontre à nouveau pour se mettre d'accord. Pendant ce temps, le résident (+famille) réfléchit et nous en discutons en équipe répondants et chaque répondant regarde avec son équipe s'il pense à des « solutions ».

Offre avec objectifs visés 	Accompagnement Implications concrètes 	Risques spécifiques au résident	Echelle entre 1 et 10 1= cette offre ne correspond pas du tout 10= cette offre correspond tout à fait aux attentes
<p style="text-align: center;"><u>Lieu ouvert</u></p> <p>(vers l'extérieur)</p> <p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permettre au résident d'être libre de ses mouvements comme à domicile. - Promouvoir le sentiment de liberté et de choix 	<ul style="list-style-type: none"> • Les portes sur l'extérieur sont ouvertes sur toute la journée. <ul style="list-style-type: none"> • « Donner l'envie de rester » lien avec le résident, bien connaître ses habitudes, diversité dans les propositions d'activités, offrir un quotidien rassurant. • Les fenêtres peuvent aisément s'ouvrir • Le résident peut à tout moment partir de l'EMS. Pas de surveillance constante de chaque résident <ul style="list-style-type: none"> • Bracelet d'identification (désorientation) • Montre GPS (fugue ou déambulation) • En cas de disparition, après des recherches sur des lieux importants pour la personne, un avis est émis à la police après le délai convenu avec les proches et résident et le représentant est sollicité • Le résident peut chuter à l'extérieur • Pas d'heures de visites • Les allées et venues sont libre avec votre proche simplement nous demandons à être informé 		

<p>Offre avec objectifs visés</p> 	<p>Accompagnement Implications concrètes</p> 	<p>Risques spécifiques au résident</p>	<p>Echelle entre 1 et 10</p> <p>1= cette offre ne correspond pas du tout 10= cette offre correspond tout à fait aux attentes</p>
<p><u>Liberté de mouvement</u></p> <p>(A l'intérieur)</p> <p>Objectif :</p> <p>- Permettre au résident d'être libre de ses mouvements comme à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque situation est évaluée avec le médecin : les risques sont discutés et une proposition de moyens est faite. • La personne peut tomber en se levant seule d'un fauteuil, chaise, lit. <ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place de tapis sonnette qui alerte du mouvement, ce qui permet aux accompagnants d'être mobilisé rapidement. Un tel moyen n'empêche pas les chutes. ○ Possibilité de mise en place de barrières si le résident en ressent le besoin (difficulté de passer d'un lit deux places à un lit une place) • Le résident peut tomber dans les couloirs, dans le jardin, dans les escaliers • Le résident peut se retrouver dans les couloirs en tenue de nuit / légère • Le résident peut avoir des objets personnels qui sont pris par d'autres résidents car les allées et venues ne sont pas sous contrôle. Il peut arriver aussi que le résident prenne chez les autres aussi. <p>Il peut y avoir des altercations entre les résidents si un résident entre dans la chambre d'un autre ou dans les couloirs</p> <p>Dans certaines situations une contention doit être mise en place. La décision se prend avec le médecin, les accompagnants, la famille et si possible la personne elle-même. Des mesures compensatoires sont mises en place en lien avec la situation.</p>		

<p>Offre avec objectifs visés</p> 	<p>Accompagnement Implications concrètes</p> 	<p>Risques spécifiques au résident</p>	<p>Echelle entre 1 et 10</p> <p>1= cette offre ne correspond pas du tout 10= cette offre correspond tout à fait aux attentes</p>
<p><u>Liberté de choix</u></p> <p>Rôle social</p> <p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - valoriser l'estime de soi - autodétermination - Développer son sentiment de confort et de sécurité - garder le contrôle de sa vie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les troubles cognitifs ou les maladies psychiques n'implique pas systématiquement une perte de la capacité de discernement. La personne est déclarée comme incapable de discernement par le médecin suivant les manifestations cliniques. <ul style="list-style-type: none"> ○ Le résident est systématiquement consulté sur sa volonté de présence ou non de son proche. ○ Suivant les pathologies ou troubles, le choix est adapté par exemple : donner le choix entre deux choses en montrer des images si besoin, etc. • Entretien d'entrée et de manière régulière avec équipe et médecin et le si le résident le désire avec le proche. • Buffet petit déjeuner à choix tous les matins selon les désirs • Accueil libre (goûter unique). Choix d'activités de jeux, de groupe de discussion, de créations, de lecture ou rien. La personne a le choix de ne pas vouloir participer. L'important est que le résident ait envie de participer. • Souhaits de fin de vie • Choix du médecin, physio, etc. • Communiquer les résultats à ses proches • Accompagnement de projet : <ul style="list-style-type: none"> L'accompagnement du résident est basé sur : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rôle, désirs, envies. 		

<p>Offre avec objectifs visés</p> 	<p>Accompagnement Implications concrètes</p> 	<p>Risques spécifiques au résident</p>	<p>Echelle entre 1 et 10</p> <p>1= cette offre ne correspond pas du tout 10= cette offre correspond tout à fait aux attentes</p>
<p><u>Liberté de choix, suite</u></p> <p>Soins</p> <p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - valoriser l'estime de soi - autodétermination - son sentiment de confort et de sécurité - garder le contrôle de sa vie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le résident peut se positionner dans chaque soin qui lui est offert. Tous les refus de soins sont analysés et inscrit dans un plan de soins. Ils demandent une analyse des raisons ainsi qu'une négociation constante avec le résident afin que la personne puisse être en sécurité tout en préservant ses désirs. <ul style="list-style-type: none"> • La personne peut tout choisir ou tout refuser, exemples : <ul style="list-style-type: none"> ○ Refuser de se laver, de manger, refuser son traitement médical, refuser d'être réveillée la nuit, etc. ○ Choisir ce qu'elle désire manger, choisir ses soins, choisir d'autres alternatives médicales, choisir son médecin, etc. 		

Résultat total	
Entre 0 et 30 = Peut-être pas adapté aux besoins ? Que faudrait-il pour que ce soit adapté ? Temps de réflexions de la personne et des professionnels en consultation avec responsable soins et accompagnement et/ou responsables métiers	Maximum 40
Entre 30 et 40 = Peut-être adapté aux besoins ? Que faudrait-il pour que ce soit + adapté ?	
Après réflexion : rencontre pour échanger et se mettre d'accord	
Moyens qui peuvent être mis en place pour correspondre au mieux aux attentes	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Signature de l'Adjoint responsable de site ou
Du Responsable de Maison

Signature du résident ou/et de son
représentant thérapeutique
