



**GARANTIR LA CONTINUITÉ DE LA QUALITÉ DE
L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ACCUEILLIES EN
EHPAD**

Joëlle ETCHEVERRY

2014

cafdes



Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont accompagnées, soutenues et encouragées dans l'élaboration de ce mémoire.

Plus particulièrement, je tiens à remercier l'ensemble des professionnels rencontrés lors de cette formation qui ont enrichi mon parcours.

Merci à mon époux et mes enfants pour leur patience pendant ces trente mois.

Sommaire

Introduction	1
1 LA VILLA D'EPIDAURE, UN EHPAD SPECIALISE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRESENTANT LA MALADIE D'ALZHEIMER ET TROUBLES APPARENTES.....	3
1.1 Présentation de <i>La Villa d'Epidaure</i>.....	3
1.1.1 Son appartenance au groupe <i>Le Noble Age</i>	3
1.1.2 Son histoire, sa mission, sa légitimité, ses financements	5
1.1.3 Ses Caractéristiques architecturales et environnementales.....	7
1.1.4 Les caractéristiques de la population accueillie	10
1.2 L'organisation de la résidence.....	13
1.2.1 Son organigramme et son mode managérial.....	13
1.2.2 Son environnement interne	15
1.2.3 Son environnement externe	23
2 L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES.....	29
2.1 Contexte et enjeu sur le plan national, régional et départemental :	29
2.2 Contexte et enjeu sur le plan européen.....	34
2.3 L'émergence des troubles psychiatriques, un nouveau défi.....	37
2.4 Identification des besoins et attentes des résidents et des professionnels.	39

3 GARANTIR LA CONTINUITÉ DE LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT.....	45
3.1 Du diagnostic au projet.....	45
3.2 Présentation du Plan d'action.....	46
3.2.1 La Méthodologie	46
3.2.2 Présentation des fiches d'actions.....	48
3.3 L'évaluation du projet.....	60
3.3.1 L'évaluation des objectifs	60
3.3.2 L'impact du projet	61
Conclusion	63
Bibliographie.....	65
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AMP :	Aide-Médico-psychologique
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux
APA :	Allocation Personnalisée Autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide-Soignant
ASH :	Agent de Service Hôtelier
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CG :	Conseil Général
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de sécurité et Conditions de Travail
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CM :	Consultation Mémoire
CMRR :	Centre Mémoire de Ressources et de Recherches
COFIL :	Comité de Pilotage
CVS :	Conseil de la Vie sociale
DU :	Diplôme Universitaire
DUD :	Document Unique de Délégation
EHAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
ETP :	Equivalent Temps Plein
GMP :	Gir Moyen Pondéré
GPEC :	Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences
GPS :	Guide Pratique du Succès
HAD :	Hospitalisation A Domicile
IDE/IDEC :	Infirmier Diplômé d'Etat/ Infirmière Coordinatrice
LNA :	Le Noble Age
MAIA :	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MEDEC :	Médecin Coordonnateur
OPCA :	Organisme Paritaire Collecteur Agréé (par l'Etat)
PASA :	Pôle d'activités et de Soins Adaptés
RBPP :	Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles
UHR :	Unité d'Hébergement Renforcé
SSR :	Soins de Suite et de Rééducation
SYNERPA :	Syndicat National des Etablissements et Résidences privés pour Personnes Agées

Introduction

En 1990, le Dr DEWAVRIN et le Dr FLAMMER¹ créaient à Garches, dans les Hauts-de-Seine, *La Villa d'Epidaure*, établissement spécialisé dans l'accompagnement des personnes âgées présentant la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Ce projet innovant pour l'époque, reposait sur la volonté de proposer un accompagnement très spécifique au travers :

- D'une architecture ouverte et adaptée à l'accueil des résidents désorientés leur permettant une libre déambulation sur 3000m²,
- D'une équipe pluridisciplinaire formée,
- D'une approche non-médicamenteuse tournée sur l'accompagnement thérapeutique.

En 2007, Le groupe *Le Noble Age* (LNA)², groupe privé à but lucratif, a repris la gestion de la *Villa d'Epidaure* avec la volonté de poursuivre le projet mené jusqu'alors, en s'appuyant sur des valeurs fortes : le Respect, l'Ethique, le Sens du Service et la Confiance.

De 2007 à 2010, la résidence a vécu une période d'instabilité avec le pilotage managérial successif de trois directions. Au cours de cette période s'est ajoutée une triple problématique :

- l'évolution de la population accueillie avec l'émergence de troubles psychiatriques associés à un vieillissement,
- la vétusté des locaux ne répondant plus aux réglementations et au projet d'accompagnement des résidents,
- des professionnels démunis pour faire face aux nouveaux besoins et attentes de cette population.

En 2011, *Le Noble Age* a opté pour une équipe de direction, composée d'une directrice et d'une directrice adjointe, la direction en poste étant amenée à piloter une seconde structure. De plus, la résidence s'engageait dans un programme de rénovation et d'extension important.

A ma prise de fonction de directrice adjointe en 2011, ma priorité s'est alors portée sur un objectif : sortir la résidence de ce contexte d'insécurité afin de poser une stabilité de fonctionnement et de garantir la qualité de vie au sein de la résidence.

¹ Géro-psycho-geriâtres fondateurs de deux projets *Villa d'Epidaure* dans le 92 (Garches) et le 78 (La Celle-Saint-Cloud)

² Groupe privé dont le siège est situé à Nantes : www.lenobleage.fr

Il m'a donc été confié la conduite de l'établissement, pour mener l'ensemble des équipes dans une dynamique de projet et d'engagement dans la démarche qualité. Ma position de direction est essentiellement portée sur une impulsion auprès des équipes pour créer et maintenir cette dynamique, afin de garantir la qualité d'accompagnement des résidents et répondre à l'évolution de leurs attentes.

Le travail d'écriture de mon mémoire s'appuie donc sur le projet d'établissement débuté en 2011, au travers de la réhabilitation de la résidence, de l'engagement de la résidence dans la démarche qualité et de la réalisation de l'évaluation interne. Il se situe dans un contexte de réception des nouveaux locaux, d'une montée en charge avec l'arrivée de nouveaux résidents et de nouveaux membres du personnel ainsi que de la mise en œuvre de l'évaluation externe dont le rapport doit être finalisé pour fin 2014.

J'ai construit mon travail en étant attentive aux besoins et attentes de la population accueillie et en m'appuyant sur l'évaluation interne réalisée et l'évaluation externe en cours. Avec comme objectif, d'assurer un accompagnement de qualité en adéquation avec les réalités de la vie en Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes.

Plus particulièrement, une de ces réalités observées est l'émergence de troubles psychiatriques associés à des troubles cognitifs qui viennent "bousculer" les pratiques professionnelles et la sérénité de la résidence, posant un nouveau défi dans l'accompagnement des personnes âgées : Comment garantir la continuité de la qualité de l'accompagnement des personnes malgré les troubles majeurs comportementaux?

1 LA VILLA D'EPIDAURE, UN EHPAD SPECIALISE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRESENTANT LA MALADIE D'ALZHEIMER ET TROUBLES APPARENTES

Afin de répondre à cette question, il est nécessaire de revenir sur l'histoire de la *Villa d'Epidaure*, son appartenance au groupe *Le Noble Age*, son mode de fonctionnement ainsi que la spécificité de la population accueillie.

Ce premier chapitre présentera donc le contexte actuel de la résidence sur lequel je me suis appuyé pour nourrir ma réflexion.

Avant de pouvoir décider de toute action, il est nécessaire de réaliser un diagnostic plus précis de la situation. C'est pourquoi, plus qu'une présentation, j'ai mené une analyse du fonctionnement actuel de la résidence : son environnement externe et interne, ses forces et faiblesses.

1.1 Présentation de *La Villa d'Epidaure*

1.1.1 Son appartenance au groupe *Le Noble Age*

Le Noble Age a ouvert son premier établissement, à Nantes, en novembre 1990. Il s'est ensuite développé en France et en Belgique, par créations et reprises de résidences médicalisées pour personnes âgées dépendantes, d'établissements sanitaires de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) et d'hospitalisation à domicile. Sous la présidence de son fondateur, deux directeurs généraux, délégués aux opérations et aux finances, supervisent les différents services du siège³.

En 2013, le groupe est composé de 35 EHPAD, de 9 établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), de 6 maisons de repos pour personnes âgées (Belgique), d'une clinique psychiatrique et de deux services d'Hospitalisation à Domicile (HAD). La croissance annoncée sur 4 ans permettra d'accueillir + de 7000 patients/résidents dans + de 70 établissements par + de 5000 collaborateurs.

³ ANNEXE I : organigramme général, chiffres financiers, cartographie

Les principes de fonctionnement des établissements du groupe visent à proposer une structure d'accueil où le « **soin** » et le « **prendre soin** » sont fondamentaux, s'appuyant sur le respect des quatre valeurs fondatrices du projet d'entreprise :

- **l'éthique**

- le **respect de la personne**, qu'elle soit résident, famille ou collaborateur, comme base de la vie en communauté
- le **sens du service**, dicté par un professionnalisme et une disponibilité permanente
- la **confiance**, les résidents ayant besoin d'une écoute attentive leur permettant de se sentir chez eux, entourés et sécurisés.

La vocation du *Noble Age* est d'améliorer la **qualité de vie** des personnes **temporairement** ou **durablement fragilisées**, dans un environnement **accueillant** et **bienveillant**, adapté à **chacun** et à **tout âge**. Le *Noble Age* s'est engagé dans une politique volontariste en matière de qualité tant pour les prestations apportées que pour la sécurité des résidents, des patients et des personnels. La direction Médicale et Qualité a pour mission de la mettre en œuvre. Cette démarche est au cœur de la politique générale du groupe. Véritable support de développement, elle est fondée sur cinq principes directeurs :

- ✓ Répondre aux besoins et attentes des clients : en individualisant notre prestation d'accompagnement et de soins médicaux et paramédicaux
- ✓ Engager une écoute client efficace : par la collaboration avec toutes les parties prenantes tels que nos clients, leur famille, les professionnels, les partenaires institutionnels
- ✓ Développer un esprit de bienveillance chez le personnel
- ✓ Manager les risques : pour faire de nos établissements des lieux de soins et de vie agréables, adaptés à notre métier et sûrs en respectant en permanence les exigences réglementaires
- ✓ Mettre en œuvre les recommandations et bonnes pratiques professionnelles de notre secteur d'activité.

Depuis sa création, le groupe a posé son fonctionnement sur un modèle de participation et de collaboration de l'ensemble de ses membres. Les différents services du siège (service Ressources Humaines, Exploitation, Comptabilité, Juridique, Médical et Qualité, Immobilier...) sont des supports au bénéfice des établissements pour autant ils restent attentifs au retour du terrain concernant la mise en œuvre des outils mais aussi l'évolution des attentes et des besoins des personnes accueillies et des professionnels. Aussi, chaque

année, différents temps d'échanges et de travail sont organisés autour de thématiques métiers, éthiques, ressources humaines, innovations....

Dans cet esprit d'écoute, le groupe s'est lancé le défi de réinterroger ses collaborateurs, ses clients, ses partenaires pour définir sa stratégie pour les années à venir. Ainsi depuis juillet 2012 différents entretiens approfondis ont été réalisés auprès de 100 collaborateurs, un questionnaire a été envoyé aux salariés, des visites d'établissements et des interviews de résidents et de leurs familles ont été réalisés ainsi que des interviews auprès de représentants institutionnels⁴.

Fort de ces retours, le groupe a fait évoluer ses valeurs et ses principes de management⁵ pour porter une nouvelle culture commune : "**grandir ensemble**".

1.1.2 Son histoire, sa mission, sa légitimité, ses financements

Depuis 1990, année de son ouverture, *La Villa d'Epidaure*⁶ accueille des personnes âgées de plus de 60 ans⁷ touchées par la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. C'était à l'époque le premier établissement de ce type dans la région parisienne, les fondateurs s'étant inspirés notamment du modèle suédois des "*group living ou gruppböende*" qui propose un hébergement spécifique en appartements ou en maisons thérapeutiques pour les personnes âgées atteintes de diverses formes de démence.

Ainsi toute la philosophie du projet repose sur une architecture adaptée et sécurisante permettant aux résidents la liberté de se déplacer au gré de leurs envies, au sein de la résidence comme dans les jardins extérieurs. L'architecture se pose déjà comme une première réponse thérapeutique à l'accompagnement des troubles du comportement.

La résidence a pour mission de proposer une solution aux différents problèmes qui se trouvent associés au vieillissement et à la dépendance qui en découle. J'entends ici le mot dépendance au sens donné par le nouveau dictionnaire critique d'action sociale⁸ "*situation*

⁴ Dont **Claude EVIN**, ancien Ministre de la Santé et Directeur de l'ARS Île-De-France et **Alain COULOMB**, ancien directeur de la Haute Autorité de Santé

⁵ **ANNEXE II** : Nouvelles Valeurs du groupe

⁶ « Le nom de l'établissement fait référence à la ville antique d'Epidaure en Grèce, haut lieu de la médecine, où de nombreux pèlerins venaient se faire soigner dans le temple d'Asclépios (Esculape), dieu guérisseur » extrait du projet d'établissement de la *Villa d'Epidaure*

⁷ Exceptionnellement, et avec dérogation de la MDPH, une personne de moins de 60 ans peut être accueillie avec un projet personnalisé formalisé avant l'entrée, qui définit l'intérêt de cette prise en charge

⁸ Mise à jour par Jean-Yves Barreyre et Brigitte Bouquet, Edition BAYARD, travail social.

d'une personne qui dépend d'autrui". Au travers du verbe, dépendre cela prend aussi le sens de solidarité du fait "de la nécessité de l'aide d'un tiers". D'une manière plus récente, ce verbe prend le sens d'assujettissement du fait d'une perte d'autonomie qui induit "d'être sous l'autorité de".

Plus précisément, la notion de dépendance physique correspond à un état de dépendance suite à une atteinte neurologique (Maladie de Parkinson sans démence, sclérose en plaque), vasculaire (AVC), traumatique (fractures), ou plus simplement par "usure" physique (polyarthrose, polyarthrite, pertes visuelles, insuffisance cardiaque...). Cet état de dépendance fait alors écho aux besoins de la personne âgée⁹ et au maintien de l'autonomie avec un accompagnement adapté et personnalisé.

Un autre constat se pose dans la confusion faite entre le mot "dépendance" et la notion de "perte d'autonomie" (= ne plus être capable de, ne plus être en droit de ...). Ainsi, comme nous interroge le *"Guide de l'Action Gériatrique"*¹⁰, se pose la question suivante : *"la confusion entretenue en permanence entre dépendance et perte d'autonomie signifierait-elle que les gens qui ne peuvent plus faire seuls les principaux actes de la vie quotidienne n'ont plus le droit de décider de leur façon de vivre ?"*

Pour y répondre, *La Villa d'Epidaure* s'efforce de proposer un accompagnement prenant en compte la diversité des handicaps, variables selon les individus et aussi, pour chacun d'entre eux, dans le temps. Ainsi, l'accueil se veut personnalisé et le maintien de l'hébergement, jusqu'au terme de la vie.

La résidence appartient à la catégorie "établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées, des adultes handicapés" décrite dans l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Depuis le 23 septembre 2002, la résidence a signé une convention tripartite avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales¹¹ et le Conseil Général, lui conférant le statut d'EHPAD. En 2007, le groupe le Noble Age reprend la direction de la Villa et lors du renouvellement de sa convention tripartite, en 2009, opte pour la dotation globale¹² des soins sans la gestion des produits pharmaceutiques. A ce titre, quatre postes

⁹ **Référence aux 14 besoins de Virginia HENDERSON** "Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CII"

¹⁰ Sous la direction de Jean-Jacques AMYOT avec C. de BEULE et N. STADEMAIER, 1997, Edition DUNOD

¹¹ Devenu **Agence Régionale de Santé** par la Loi du 21 juillet 2009 "Hôpital, Patients, Santé, territoires" (HPST)

¹² **Dotations globales** = enveloppes budgétaires soins et dépendance contractualisées avec l'ARS et le Conseil Général et reconduites chaque année.

de soins supplémentaires sont imputés à la résidence : les dépenses d'omnipraticiens, d'auxiliaires médicaux, de radiologie et de biologie.

Sa dotation soins 2014 vient d'être arrêtée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour répondre aux charges de personnel (soit 29.33 ETP : 23 ETP d'aides-soignants¹³, 4.33 ETP d'infirmiers, 1.5 ETP d'auxiliaires médicaux et 0.50 ETP de médecin coordonnateur), aux dépenses en fournitures médicales, en sous-traitance et en personnel extérieur¹⁴. Le compte d'emploi de 2012, actuellement en cours de validation, présente un excédent correspondant aux économies réalisées sur des postes non pourvus mais qui ont vocation à l'être avec la montée en charge en personnels soignants. Cet excédent ayant été justifié auprès de l'autorité de tarification, le montant des crédits pérennes alloués n'a donc pas été modulé.

La dotation dépendance est arrêté annuellement par le Conseil Général pour répondre aux charges de personnel (soit 14,45 ETP : 7.05 ETP d'agents de service hôtelier, 6.9 ETP d'aides-soignants et aides-médico-Psychologique, 0.50 ETP de psychologue), aux dépenses de fournitures hôtelières et produits d'incontinence.

Bien que le groupe *Le Noble AGE* ait des établissements avec habilitation à l'aide sociale, cela n'a pas été convenu pour *La Villa d'Epidaure*.

Le tarif d'hébergement du séjour permanent, est de 158 euros/jour comprenant les services hôteliers et restauration ainsi que les activités proposées au sein de la résidence. La moyenne de séjour s'élevant à 5000 euros mensuel, la résidence s'adresse à une population sociale aisée.

A mon arrivée, en 2011, la résidence s'était engagée dans la démarche qualité me permettant de conduire, avec les équipes de chaque service, l'auto-évaluation nécessaire à l'élaboration de l'évaluation interne dont le rapport a été remis fin 2013. Ces deux années d'investissement ont permis aux équipes et aux familles d'accueillir sereinement l'évaluation externe qui a été conduite en juin 2014 et dont le rapport définitif sera transmis aux autorités compétentes fin 2014.

1.1.3 Ses Caractéristiques architecturales et environnementales

La bâtisse d'inspiration méditerranéenne, construite sur 5 niveaux, dispose de 4 unités de vie et d'un sous-sol dédié aux espaces techniques et aux locaux réservés aux personnels. La résidence située dans un quartier pavillonnaire, proche du centre-ville de Garches et des transports en commun, bénéficie d'un environnement calme et verdoyant de par sa

¹³ Les ETP d'aides-soignants sont divisés comme suit : 30% sur dotation dépendance et 70% sur la dotation soins.

¹⁴ La sous-traitance et le personnel extérieur : correspondant aux frais de laboratoire, radiologie

proximité du parc de la clinique psychiatrique mitoyenne et des jardins des propriétaires voisins.

Le groupe *Le Noble Age* n'est pas propriétaire des murs. Son choix a été de confier la vente de lots de chambres à des propriétaires privés via la société FIDEXI¹⁵. Pour autant la gestion de l'entretien et de la maintenance de la bâtisse est à la charge du groupe. Le syndic des copropriétaires vient visiter l'établissement tous les ans.

Constat est fait lors du rachat que la résidence construite en 1990 ne répond plus aux besoins actuels des résidents ainsi qu'aux nouvelles normes d'accessibilité et de sécurité¹⁶. De plus, faute d'un suivi régulier de la maintenance, nombreux espaces et lieux de vie sont dans un état de vétusté important. S'appuyant sur les nouvelles normes réglementaires mais aussi sur la recommandation de l'ANESM, "L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social"¹⁷, qui précise qu'"*Un environnement architectural adapté, une ambiance familiale, une atmosphère rassurante et sécurisante améliorent la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*", un vaste programme de rénovation et d'extension¹⁸, que j'ai conduit, a débuté en octobre 2011 et s'est achevé en avril 2013.

Depuis, La villa propose, sur 3883 m², 86 chambres individuelles réparties au sein de quatre unités de vie confortables et adaptées à l'accompagnement des résidents. Ainsi trois unités de vie disposent de 24 chambres individuelles et une unité (RDC) de 14 chambres, d'un salon et d'une salle à manger permettant aux résidents de retrouver l'ambiance rassurante et "cocooning" d'une maison. Pour renforcer ce sentiment et apporter de la chaleur aux locaux, l'ensemble des sols des lieux de circulation des unités a été recouvert de moquette. Ainsi, même aux heures d'affluence de chariots de soins et de ménage, la tranquillité des lieux est conservée. De plus, les résidents apprécient souvent de pouvoir se déplacer pieds nus sur la moquette, "comme à la maison". Ce choix a néanmoins nécessité la mise en place d'un plan de nettoyage très spécifique avec l'achat de shampoineuses et la formation du personnel hôtelier afin de maintenir l'hygiène des espaces de circulation.

Les chambres de 17 m² et les différents espaces communs sont volontairement de taille réduite mais bénéficient de grandes baies vitrées favorisant un éclairage naturel. En effet,

¹⁵ www.fidexi.fr : spécialisé dans l'investissement et la défiscalisation

¹⁶ **Loi n°2005-102 du 11 février 2005** : principe d'accessibilité des bâtiments et des locaux aux personnes handicapées.

¹⁷ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, février 2009

¹⁸ Coût final s'élève à 3 500 000 euros pour le programme d'extension et de rénovation des espaces de vie et de 1 200 000 euros pour la rénovation complète des chambres. Le financement de ces projets s'appuie sur les fonds propres du groupe, des emprunts bancaires et des appels de fonds auprès des investisseurs (72 investisseurs FIDEXI).

les grands espaces et le manque de luminosité sont sources d'anxiété et d'angoisse et favorisent les pertes de repères chez les personnes présentant des démences.

L'attribution des chambres n'est pas sectorisée en fonction de l'avancée de la maladie. Les résidents sont accueillis dans chaque unité en fonction des disponibilités. Seuls les résidents de l'unité du RDC font l'objet d'une attention particulière du fait que cet espace soit un lieu de passage important pouvant majorer les troubles du comportement : fatigabilité, anxiété, agressivité... La résidence ne dispose volontairement pas de chambre double afin de privilégier l'intimité et les temps de repos dans ces espaces. Il est proposé aux couples de disposer de deux chambres côte à côte ou sur le même palier, l'expérience ayant démontré qu'avec la maladie la cohabitation au sein d'une même chambre ne favorisait pas les relations.

L'environnement intérieur a été réfléchi afin de favoriser les conduites autonomes et la liberté d'aller et venir mais en tenant compte des éléments suivants :

- ❖ Un aménagement spécifique qui facilite l'orientation : la signalétique des chambres est personnalisée, des semainiers apportent les repères quotidiens (le jour, le mois, le menu, les ateliers, les soignants présents...), une couleur est dédiée à chaque unité, une signalétique claire facilite les repères
- ❖ Une sécurisation des zones à risques : les fenêtres de la résidence ont une ouverture réduite permettant l'aération sans mise en danger des personnes, des digicodes ont été installés aux portes des locaux techniques et des escaliers, le nombre de prises et d'interrupteurs ont été limités par l'installation de détecteurs de présences (notamment dans les salles de bain et les lieux communs)
- ❖ Une circulation qui permet un déplacement en toute sécurité : revêtement de sols non glissant, points d'appuis dans les couloirs, annonce des étages dans les ascenseurs...
- ❖ Une invitation aux jardins et terrasses sécurisés grâce à l'installation de portes automatiques.

Une salle à manger et un salon sont à la disposition des familles et amis lors de leurs visites favorisant des instants de convivialité et d'intimité avec leurs proches.

Aux différents jardins thérapeutiques et arborés, qui entourent la résidence, viennent s'ajouter de nombreux espaces dédiés aux soins thérapeutiques et au bien-être : une

balnéothérapie, un espace Snoezelen¹⁹, un salon de coiffure et de bien-être, une salle de kinésithérapie.

La force de la Villa, depuis sa création, réside dans le fait d'avoir posé son architecture et son hôtellerie au sein de son projet d'accompagnement des pathologies neurodégénératives. Au-delà de la prise en charge de la maladie, la résidence est avant tout un lieu de vie chaleureux et protecteur.

1.1.4 Les caractéristiques de la population accueillie

Une population spécifique

Du fait de la spécificité de la Villa, l'ensemble des résidents sont atteints d'une maladie neurodégénérative. Plus précisément, une grande majorité des personnes accueillies présentent une maladie d'Alzheimer, viennent ensuite d'autres types de démences et troubles neurologiques tels que des démences fronto-temporale, des démences mixtes, des démences parkinsoniennes et des troubles bipolaires. Chacune de ces pathologies nécessite un accompagnement médical et thérapeutique spécifique qui est parfois mis à l'épreuve, notamment dans l'accompagnement des résidents présentant à la fois une maladie d'Alzheimer associée à une maladie bipolaire ou parkinsonienne.

Quelques données statistiques

D'une capacité théorique de 86 places, sur l'année 2013 le nombre moyen de résidents n'a été que de 52.

En effet, le nombre d'entrée a été particulièrement bas en 2012 (8 entrées) du fait de très importants travaux ayant nécessité la fermeture d'une unité de l'établissement par roulement, puis de tout le rez-de-chaussée. De ce fait, les conditions d'admission de nouveaux résidents étaient difficilement présentables à de nouvelles familles car mettant peu en valeur la résidence (poussière, nuisances sonores, déménagements...) et ne permettaient raisonnablement pas de prendre en charge de nouveaux résidents avec des troubles du comportement.

Ce n'est qu'au début de l'été 2013 que l'établissement a été en mesure d'accueillir de nouveaux résidents avec la réouverture de l'ensemble de ses unités. Ainsi le nombre

¹⁹ Atelier thérapeutique multisensoriel créé en Hollande dans les années 70 : www.snoezelen-france.fr

d'entrées a sensiblement augmenté (31 entrées) mais n'a pas permis de compenser les 23 sorties de résidents sur l'année (dont 13 décès, 5 retours à domicile en fin de séjours temporaires et 5 départs vers un autre EHPAD pour un rapprochement géographique avec les proches).

Depuis deux ans, l'âge moyen des résidents a augmenté de 4 ans pour passer de 82 ans fin 2011 à 86 ans fin 2013. Ce phénomène s'explique par le maintien à domicile le plus longtemps possible et donc l'arrivée en EHPAD à un âge plus avancé. Ainsi l'âge moyen des nouveaux résidents est passé de 81 ans en 2012 à 87 ans en 2013.

La plus grande majorité des personnes accueillies reste féminine, cependant depuis deux ans est observée une demande plus importante d'admission d'hommes. Phénomène qui se confirme aussi au niveau national, le dernier rapport de l'Observatoire des EHPAD²⁰ note ainsi *"L'âge moyen des femmes hébergées en EHPAD n'évolue que très peu. Par contre, celui des hommes semble marquer une nette progression. Ce phénomène trouve son origine dans l'évolution de l'espérance de vie des hommes, qui progresse plus rapidement que celle des femmes. Ce phénomène devrait également conduire à une masculinisation des résidents en établissement."*

La majorité des demandes d'admission provient d'un "bouche à oreille" très efficace de la part des familles présentes et anciennes de la résidence. De plus, de nombreux neurologues et neuropsychiatres orientent leurs patients vers la Villa lorsque que le maintien à domicile atteints ses limites : épuisement de l'aidant, mise en danger de la personne, insécurisation du domicile... De ce fait, la majorité des résidents arrivent du domicile et d'une zone géographique proche de la résidence (agglomération et département).

Le Gir Moyen Pondéré²¹ validé lors du renouvellement de la convention tripartite par le Conseil Général et l'Agence Régional de Santé est de 910 et la coupe pathos²² de 179. Malgré une baisse du taux d'occupation, le GMP moyen est resté au-dessus de 900 s'expliquant par l'arrivée plus tardive des nouveaux résidents dont l'avancée dans la maladie est aussi plus marquée. De plus les résidents présents ont aussi évolué dans leurs pathologies, accentuant leurs états de dépendance physique. Le GMP de la résidence est

²⁰ Observatoire des EHPAD, rapport de janvier 2013 réalisé à partir des données des comptes administratifs de l'exercice 2011 sur 323 établissements publics et privés à but non lucratif. Direction nationale économie sociale et solidaire et KPMG. Source : KPMG.fr

²¹ **GIR moyen pondéré** : permettant l'évaluation du niveau de dépendance des résidents d'un établissement (Loi du 20 juillet 2001 du CASF) moyenne nationale 2013 : 683 (source ARS)

²² **Coupe Pathos** ou Pathos moyen pondéré : permettant l'évaluation de la charge de soins médicaux et techniques pour la prise en charge des poly-pathologies des personnes âgées. (Loi 2007-290 du 5 mars 2007). Moyenne nationale 2013 : 178 (source ARS)

élevé en comparaison des chiffres régionaux, mais s'explique du fait de la spécificité de la population accueillie. En effet pour comparaison, Marc BOURQUIN, directeur du pôle Médico-Social de l'ARS Ile-de-France, a dernièrement communiqué comme indicateurs le GMP et PMP moyens régionaux de l'année 2013 qui s'élèvent pour le premier à 710 et pour le second à 187.

En trois ans, la durée moyenne de séjour a par contre diminué en passant de 3 ans ½, durée proche de la valeur nationale²³, à 2 ans et 7 mois fin 2013. Florence Arnais-Maumé, Déléguée Générale du SYNERPA²⁴, apporte une explication à cette évolution : "*La durée moyenne de séjour des établissements publics et privés à but non lucratif est bien supérieure à celle constatée dans les établissements privés commerciaux. Les résidents des établissements privés commerciaux disposant bien souvent de ressources plus importantes, ils peuvent vraisemblablement financer plus longtemps leur maintien à domicile et rentrent ainsi en établissement plus dépendants. En effet, les établissements privés commerciaux sont ceux qui accueillent les personnes âgées les plus dépendantes.*" Sans instaurer une quelconque polémique comparative entre structures, l'arrivée à un âge plus avancé et une dépendance plus lourde a effectivement eu un impact certain sur la durée de séjour des résidents.

La préadmission et l'accueil

La préadmission est un moment important et privilégié à la *Villa d'Epidaure*, aussi une responsable relation famille en assure l'organisation et le suivi. Ce temps aide à dédramatiser l'entrée en établissement pour la personne âgée et sa famille. C'est aussi le point de départ de l'élaboration du projet d'accompagnement. De ce fait, la résidence offre la possibilité d'une prise de contact progressive par la participation ponctuelle à des ateliers et des évènements festifs, par l'organisation de visites successives, par des temps d'entretiens avec le résident et ses proches. La psychologue et l'infirmière coordinatrice se rendent aussi parfois directement au domicile du futur résident lorsque celui-ci ne peut se déplacer ou si le déplacement sur la structure lui serait trop anxiogène.

Il n'est pas rare que ce temps de préadmission dure plusieurs mois avant l'arrivée à la résidence permettant ainsi à chacun (personne âgée/famille et professionnels) de se connaître et de créer le lien facilitant la mise en œuvre d'un accompagnement de qualité. Chaque résident bénéficie d'un projet de vie personnalisé annualisé, porté par la psychologue et élaboré en équipe pluridisciplinaire. Les projets personnalisés s'appuient

²³ Selon l'Observatoire des EHPAD, rapport de janvier 2013 : la durée moyenne nationale de séjour est de 3,8 ans.

²⁴ **SYNERPA** : Syndicat National des Etablissements et Résidences privés pour Personnes Agées.

sur leur histoire de vie, leurs habitudes et leurs envies en tenant compte de l'évolution de la maladie. Il est élaboré avec les résidents et sa famille. Depuis juin 2013, ces projets sont informatisés mais la prise en main de ce nouvel outil a entraîné un retard dans leur suivi et leur élaboration. De ce fait, si chaque nouveau résident bénéficie actuellement d'un projet personnalisé à jour, ce n'est plus le cas pour les plus anciens (20%). Afin d'être cohérent dans nos actions et accompagnements, j'ai instauré un temps hebdomadaire dédié à l'élaboration des projets avec pour objectif que 100% des résidents bénéficient d'un projet personnalisé à jour pour fin 2014.

De plus, la participation des résidents à l'élaboration de leur projet personnalisé n'est pas toujours chose aisée au regard des difficultés de communication qui s'installent avec l'avancée de la maladie. Les équipes tendent alors de recueillir l'acceptation des résidents au travers d'un faisceau d'indices observables : positionnement de la personne, sourires, grimaces, raideurs du corps, respiration... Je porte une attention toute particulière à ce que les équipes restent dans cette démarche et recherchent constamment la participation et le consentement des résidents. Ainsi les professionnels recherchent toutes les réponses possibles pour être au plus près des attentes et besoins des personnes accueillies.

1.2 L'organisation de la résidence

1.2.1 Son organigramme et son mode managérial

La Villa d'Epidaure a posé son organisation sur le projet d'entreprise et les valeurs du groupe Le Noble Age.

Afin d'atteindre l'objectif d'une prise en charge optimale/efficiente, l'établissement mobilise plusieurs qualifications complémentaires dont l'organigramme²⁵ présente l'organisation des différents services. Ainsi chaque domaine du projet d'établissement (Hôtellerie - Vie sociale et culturelle – soin) est porté par une équipe pilotée par un responsable de service, l'ensemble étant supervisé par l'équipe de direction²⁶. *"En plus de leurs connaissances de la personne âgée dépendante au sens large, ce sont les qualités naturelles de management d'équipe, d'observation et d'analyse des besoins et des pratiques ainsi que le goût pour le travail en équipe qui sont recherchées auprès des responsables de service²⁷".*

²⁵ **ANNEXE III** : organigramme de la Villa

²⁶ Direction et direction adjointe

²⁷ **Source** : projet d'établissement de La Villa d'Epidaure

Le groupe se distingue dans son organisation par la volonté d'un management de proximité. Pour cela, à la différence des autres établissements pour personnes âgées, le groupe a positionné des maîtresses de maison comme responsables de service. Les maîtresses de maison sont des Aides-soignantes ou Aide Médico-psychologiques qui ont la charge d'une unité de vie. Une fiche de définition de fonction définit leurs missions et justifie leur rémunération spécifique. Elles sont garantes du bon fonctionnement de leur unité (gestion des plannings, de l'organisation du travail...), du suivi des projets de soins et des projets personnalisés des résidents, elles participent à l'élaboration du projet de vie sociale et culturelle de leur unité. Elles travaillent donc en étroite collaboration avec les autres responsables de services et professionnels de la résidence. Les maîtresses de maison sont les interlocutrices privilégiées des familles concernant le quotidien de leur proche.

Des intervenants libéraux tels que médecins traitants, médecins spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, sont également sollicités pour compléter l'offre de service. Ils travaillent en concertation avec l'équipe soignante, particulièrement avec le médecin coordonnateur et l'IDE coordinatrice, dans l'esprit d'une continuité de soins réfléchie et anticipée.

L'équipe de direction est pilotée par un directeur d'exploitation du groupe, qui lors de ses visites mensuelles, supervise, échange et aide pour chaque situation. Les directeurs d'exploitation, répartis par région, ont sous leur responsabilité une dizaine d'établissements. Bien que hiérarchique, cette relation entre le directeur d'exploitation et la direction de l'établissement permet de poser les objectifs pour l'année de manière conjointe et partagée. Et même si le groupe n'a pas formalisé de Document Unique de délégation, je m'appuie sur ma fiche de définition de fonction pour travailler en toute autonomie concernant la gestion de l'établissement sachant que je peux compter sur le soutien et les conseils de mon supérieur dans les choix à effectuer concernant les ressources humaines, les décisions financières et stratégiques ou la mise en œuvre de projets.

Chaque trimestre, un point financier est réalisé au siège, me permettant de négocier et d'expliquer, au directeur d'exploitation, les ajustements que j'estime nécessaires, au regard du contexte ou des derniers événements vécus. De plus, les relations entre l'établissement et les différents services du siège sont très fluides, me permettant de bénéficier de l'analyse d'experts²⁸ pour une meilleure efficacité de mes actions sur le terrain.

²⁸ Service juridique, service RH, service immobilier, service communication, service financier, service exploitation...

1.2.2 Son environnement interne

La gestion des ressources humaines et la mobilisation des instances représentatives

- La gestion des Ressources Humaines

La villa bénéficie actuellement d'une équipe pluridisciplinaire composée de 60,6 Equivalent Temps Plein : 41 salariés pour le service soins et 22 salariés pour les services administratifs et hôtelier. En adéquation avec la montée en charge des résidents, l'équipe s'étoffera de 6 nouveaux collaborateurs : 4 soignants de jour, 1 commis de cuisine et 1 lingère. Chacun dispose d'une fiche de définition de fonction qui lui est remis et expliqué lors de sa prise de poste. La grande majorité des salariés a entre 25 et 50 ans²⁹. Si une grande majorité présente une ancienneté inférieure à 5 ans, la résidence bénéficie d'un noyau de collaborateurs dont l'ancienneté est supérieure à 5 ans et pour 13 d'entre eux supérieure à 10 ans³⁰. La présence de ces salariés, investis et porteurs du projet d'établissement, permet à la résidence de bénéficier d'une bonne stabilité des équipes.

Le ratio de personnel, de la *Villa*, très confortable, permet de positionner 1 soignante pour 6 résidents, alors que la moyenne nationale est de 1 pour 10. De plus les présences d'une psychologue, d'une psychomotricienne et d'une coordinatrice d'activité à plein temps favorisent grandement la mise en œuvre et le suivi des projets thérapeutiques ainsi que le développement de la vie sociale et culturelle au sein de la résidence.

Le médecin coordonnateur, présent depuis la création, est aussi actuellement le seul médecin prescripteur de la résidence. En effet, son engagement et sa réputation font que les familles et ses confrères le désignent comme médecin traitant à l'entrée de leur parent/patient. Les intervenants libéraux sont tout autant engagés que les professionnels de la *Villa*. En effet, le kinésithérapeute travaille depuis 19 ans à temps complet sur la résidence et l'orthophoniste qui intervient chaque jeudi, depuis plus de 15 ans, va prochainement augmenter son temps de présence pour animer un atelier réminiscence. La présence de trois soignants diplômés et les astreintes d'infirmier la nuit permettent d'assurer la bonne continuité des soins et d'éviter des hospitalisations.

Je porte une attention particulière au recrutement de personnel diplômé et expérimenté et favorise également la promotion professionnelle en proposant des formations qualifiantes au personnel déjà présent. Ces formations professionnelles s'inscrivent dans le plan de formation annuel. Le groupe offre aussi la possibilité d'accompagner les salariés sur un

²⁹ ANNEXE IV : Graphique répartition hommes /femmes par âge

³⁰ ANNEXE V : Graphique répartition hommes/femmes par ancienneté

plan de carrière professionnel intergroupe et offre une mobilité aux salariés qui le souhaitent. C'est pourquoi, j'adopte un mode de management tourné vers l'échange, le respect et l'écoute afin de permettre à chaque salarié d'exprimer au mieux ses compétences. Dans cette dynamique, j'ai positionné des points hebdomadaires ou à la quinzaine avec chacun des responsables de service.

Afin de maintenir la dynamique d'apprentissage et de soutien et ainsi limiter l'usure professionnelle, je m'assure qu'un plan de formations continues soit suivi faisant intervenir des professionnels de la résidence ou des intervenants extérieurs. L'organisation de ces formations est pilotée par le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice et la psychologue. Un temps hebdomadaire est dédié à ces formations permettant à l'ensemble du personnel d'y participer à tour de rôle.

De plus, l'inscription des collaborateurs aux "journées métiers"³¹, organisées au sein du groupe, leurs permettent d'échanger autour d'orientations et d'enjeux professionnels et de favoriser l'appartenance au groupe au travers d'une "culture d'entreprise".

L'ensemble de ces formations et "journées métiers" sont pour moi un levier pour faire évoluer les compétences en interne et créer une cohésion au sein des équipes. Pour exemple, suite à son dernier entretien professionnel annuel, une Agent de Service Hôtelier avait fait une demande de formation de soignante. Soutenue par son responsable de service, elle a été positionnée sur l'équipe soin, est partie en formation et a réussi avec succès son diplôme d'Aide-Soignante. Depuis, elle impulse un véritable lien entre les équipes hôtelières et les équipes soignantes du fait de son expérience dans ces deux métiers.

Je profiterai de la mise en œuvre prochaine de la Réforme de la formation professionnelle³² pour redynamiser les équipes dans leurs parcours professionnels. La création, au sein du groupe, d'un compte personnel de formation (CPF) et l'organisation d'entretien professionnel de formation (en tenant compte du cahier des charges national du Conseil en Evolution Professionnelle) mettront en adéquation les projets d'évolution professionnelle avec les besoins du territoire, les formations existantes et les financements possibles.

J'ai néanmoins identifié qu'un axe d'amélioration prioritaire devait être mené sur la régularité des entretiens annuels. Si ceux des responsables de service sont actuellement réalisés, il reste à les mobiliser et responsabiliser afin de les aider à mener les entretiens de leurs collaborateurs. Ces entretiens permettent un temps d'échange avec chaque salarié

³¹ Rencontres pluriannuelles par région des médecins coordonnateurs, infirmières coordinatrices, psychologues, animatrices, gouvernantes, agents de maintenance, maîtresses de maison....

³² Faisant suite à la Réforme de la formation, Loi du 5 mars 2014. Cette nouvelle réforme sera rendue par décret à partir du 1^{er} janvier 2015

afin de positionner ensemble des objectifs individuels de travail qui s'inscrivent dans la continuité des axes d'amélioration du service et des orientations sur les métiers du groupe. Bien que *Le Noble Age* établisse chaque année un bilan social, une réelle politique de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences reste à développer.

- Les Instances représentatives

Dans le cadre des instances représentatives du personnel, un Comité d'Entreprise est en place au sein de l'Unité Economique et Sociale³³. Sous la présidence du Directeur Général délégué aux opérations, ce comité est composé de 2 collaborateurs du Président (service Ressources Humaines) de 7 membres titulaires et 4 suppléants représentant de l'ensemble des salariés du groupe (CGT, CFDT, FO) et de 2 représentants syndicaux (FO et CFDT).

La résidence applique la Convention Collective SYNERPA, du 18 avril 2002 et annexe du 10 décembre 2002 spécifique aux établissements accueillant des personnes âgées. Cette convention collective s'appuie sur les bases du code du travail et apporte peu d'acquis supplémentaires. C'est pourquoi, le groupe propose des avantages complémentaires au travers de la participation annuelle aux bénéfices et en laissant des marges de manœuvre salariale.

Au sein de la Villa, un Comité d'Hygiène, de Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT) est en place depuis 2011 et de nouvelles élections des délégués du personnel ont été organisées début 2014. J'ai fortement mis à contribution ces deux dernières instances pendant la période des travaux de rénovation permettant de maintenir une veille active et de m'alerter si nécessaire. De ce fait, la résidence bénéficie actuellement d'un bon climat social avec un taux d'absentéisme global qui est passé de 17% (absentéisme restreint³⁴ à 12%) en début d'année 2013 à 7% en novembre (absentéisme restreint à 4%).

Enrichie de cette expérience, j'ai maintenu la mobilisation du CHSCT sur le travail d'élaboration du Document Unique d'Evaluation des Risques afin de positionner les axes d'amélioration dans le cadre de l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail et les risques psycho-sociaux en tenant compte également de la pénibilité au travail. Ainsi, plusieurs actions ont déjà pu être réalisées comme l'achat de chaussures antidérapantes, de fauteuils de repos ergonomiques et d'autres actions sont en cours d'élaboration comme la mise en œuvre d'une formation Prévention des Risques liés à l'Activité Physique. En parallèle, un travail de recherche de financements visant l'acquisition de matériel adapté

³³ Regroupement de plusieurs entreprises juridiquement distinctes pour la mise en place d'un comité d'entreprise commun. Article L.2322-4 du Code du travail.

³⁴ Déduction faite des absences pour congés de maternité, de formation, parental.

est lancé auprès de l'ARS, de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au travail (CARSAT) et l'Association de Gestion de fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH).

La motivation des équipes a aussi été renforcée par la réception, à l'été 2013, des nouveaux locaux et de matériels neufs, leurs permettant de travailler dans de meilleures conditions et de s'investir dans de nouveaux projets d'activités (création d'un atelier Bien-être, art floral, jardin thérapeutique...) et d'accueillir de nouveaux services : création d'une brigade en cuisine et formation des ASH au service en salle de restaurant.

Le travail de collaboration entretenu avec les instances représentatives du personnel me permet de valoriser la qualité de vie au travail visant à la prévention des risques et, au-delà, à favoriser le bien-être et la projection durables des équipes au sein de la résidence et du groupe.

La Communication

- La communication externe

Le groupe *Le Noble Age* dispose d'un service communication pour l'ensemble de ses établissements. Ce service a pour mission de promouvoir l'image du groupe au niveau politique et sociétal, notamment au travers du site internet³⁵ mais aussi dans la rédaction d'articles, de films et de différents flyers développant les missions, projets et événements. J'ai mis en place début 2013 une cellule communication³⁶ interne afin de diffuser auprès des intervenants externes³⁷ et du public l'utilité de l'accompagnement spécifique proposé mais aussi pour positionner la résidence sur le territoire des Hauts-de-Seine. Différents outils et actions ont été mis en œuvre pour promouvoir l'image de la résidence : journée portes ouvertes, envois de flyers d'invitation pour découvrir les ateliers thérapeutiques³⁸, invitation aux journées de l'IFRAD³⁹...

Je constate que ces initiatives restent à s'enrichir et à se perfectionner, l'exercice de la communication externe n'étant pas une évidence pour les membres de l'équipe. En effet, leur investissement se focalise encore essentiellement sur leurs missions quotidiennes. Pour autant, la création de la cellule communication a permis à chacun de mesurer

³⁵ www.lenobleage.fr

³⁶ Composée de l'équipe direction, de la coordinatrice d'activités vie sociale et culturelles, de la psychologue et de la psychomotricienne

³⁷ Professionnels (centres mémoires, médecins généralistes, assistantes sociales...), politique (Mairie, caisse de retraite, ARS...)

³⁸ Art-thérapie, musicothérapie, danse-thérapie, accompagnement Snoezelen

³⁹ IFRAD : Fondation pour la recherche sur Alzheimer créée en 2004, www.fondationifrad.org

l'importance de transmettre les savoir-faire et les initiatives et ainsi de se sentir reconnu en interne (valorisation du travail) et en externe (reconnu des pairs sur le territoire).

- La communication interne

Pour être performant, il est nécessaire d'organiser la communication aussi bien entre professionnels qu'avec le résident et sa famille afin d'établir une relation de confiance. Si savoir recueillir les besoins du résident est primordial, expliquer la maladie et les raisons des solutions mises en œuvre concourent à une nécessaire « transparence » et contribue à une prise en charge réussie. Dans cet objectif, l'écoute et l'observation doivent être au service du résident pour maintenir son autonomie et maintenir ou impulser un lien social. Afin de favoriser la participation des résidents et des familles dans l'organisation et le fonctionnement de la résidence, un Conseil de la Vie Sociale⁴⁰ est en place. Le CVS vient d'être renouvelé, une nouvelle dynamique de travail est à créer pour sensibiliser les membres des familles à ne pas se focaliser sur leur propre parent mais à s'orienter et s'investir d'une manière plus large dans le fonctionnement de la résidence.

Il est important pour moi de m'assurer que les projets et mode de fonctionnement de la résidence correspondent bien aux attentes. Aussi, afin d'aider les membres du CVS dans leur rôle, une boîte aux lettres a été installée à l'accueil pour que les résidents et familles puissent leur transmettre des informations ou propositions. Les comptes rendus sont systématiquement affichés sur un tableau dédié à l'accueil. De plus, les membres du CVS sont invités à rencontrer les nouveaux résidents et leurs familles lors de la visite de l'établissement. La participation des résidents et des familles est aussi recherchée au travers du questionnaire de satisfaction annuel dont le recueil et l'analyse sont portés à la réflexion du CVS. L'analyse et le plan d'action qui en découlent sont à la disposition de tous dans un lutin déposé sur la bibliothèque du salon d'accueil.

Lors du dernier CVS, il est ressorti la nécessité de mettre en place des commissions "restauration" et "vie sociale et culturelle" afin de favoriser la participation du plus grand nombre dans les choix des menus, ateliers culturels et évènementiels. Ces commissions seront en place d'ici la fin de l'année.

La dynamique du travail d'équipe et l'organisation de l'interdisciplinarité s'articulent autour de temps formels de transmissions, de réunions de services, de staffs, de formations internes et de groupe de parole⁴¹ mais aussi de temps informels autour d'un café ou des différentes fêtes organisées.

⁴⁰Du fait de leurs pathologies dégénératives, le CVS ne dispose pas de représentant de résident élu, des élections n'étant pas envisageable, pour autant les résidents sont invités à y participer.

⁴¹ **ANNEXE VI** : planning hebdomadaires des réunions

Depuis juin 2013, l'informatisation du dossier de soins et du dossier médical a modifié les modes de transmissions nécessitant un accompagnement important des équipes dans l'apprentissage de l'informatique. L'utilisation de cet outil depuis six mois a permis de lever les appréhensions mais a mis en évidence la nécessité de le faire évoluer notamment en créant des accès aux différents services hôteliers (hébergement et cuisine) de la résidence qui participent aussi pleinement au projet personnalisé des résidents. Actuellement les équipes de cuisine et d'hôtellerie communiquent oralement ou par voie de mailing avec les autres services de la *Villa*. Face à ce constat, j'ai initié la création d'un groupe de travail pour notifier les difficultés dans l'usage de cet outil et ainsi proposer des axes d'amélioration. Je transmettrai le fruit de ce travail au service Médical et Qualité du groupe qui est très attentif aux différents retours du terrain concernant l'évolution du logiciel.

La démarche qualité et la maîtrise des risques : les prémices d'une véritable culture qualité

La démarche qualité associe la gestion de la qualité et la prévention des risques au sens large. Sous l'autorité du président du groupe, le pilotage politique est assuré par le service médical et qualité (Directeur médical et qualité, une coordinatrice qualité, une infirmière référente qualité) en correspondance avec les référents qualités des établissements.

S'appuyant sur les 5 principes directeurs⁴² de la politique Qualité du groupe et sur son référentiel "Guide Pratique du Succès"⁴³ (qui s'appuie sur les recommandations de l'ANESM et du référentiel Angélique -L 312-8 du CASF), dans un objectif d'amélioration continue⁴⁴, la résidence s'est engagée depuis 2011 dans la démarche qualité en positionnant :

- un référent qualité à mi-temps : poste assuré par une Aide-Médico-Psychologique, a été formé à la démarche qualité, qui partage son plein temps sur deux structures du groupe.
- en réalisant annuellement un audit interne de fonctionnement⁴⁵

Faisant suite à l'autoévaluation réalisée en 2011 par l'ensemble des équipes, service par service, un rapport d'évaluation interne a été rédigé et un plan d'actions de suivi de la qualité (PAQ) a été créé. L'élaboration du rapport d'évaluation interne a été pour moi l'occasion de mobiliser mes compétences managériales et de mesurer l'implication des équipes.

⁴² **ANNEXE VII** : 5 principes directeurs de la politique Qualité du groupe

⁴³ **ANNEXE VIII** : Sommaire du référentiel GPS

⁴⁴ **ANNEXE IX** : schéma "La boucle de la qualité"

⁴⁵ Audit général annuel réalisé par le service médical et qualité dans tous les établissements du groupe s'appuyant sur son référentiel

Sous mon autorité, le pilotage stratégique (décide, évalue, valide) de la démarche qualité de la *Villa* est confié au comité de pilotage (CoPil), qui assure le suivi de l'avancée du PAQ. Le pilotage opérationnel relève du référent qualité et des différents pilotes identifiés selon les axes de travail validés. L'objectif est d'avoir des personnes porteuses de la démarche à plusieurs niveaux de l'établissement, indispensables pour assurer le lien avec les services ainsi qu'entre le référent qualité et les équipes.

Aussi, le choix des membres s'est fait sur la base du volontariat en privilégiant l'implication des équipes de terrain aux responsables de service. Pour autant, suivant les recommandations de l'ANESM, j'ai veillé à ce que la constitution du groupe⁴⁶ ne dépasse pas 10 personnes afin de garantir la qualité des échanges et du travail. Celui-ci s'enrichira d'ici la fin de l'année de deux nouveaux membres : un représentant de l'équipe cuisine et un résident. Le comité de pilotage se réunit deux fois par an, Un compte-rendu est obligatoirement réalisé à l'issue de chaque réunion par le référent Qualité. Il est diffusé aux membres du CoPil (titulaires et invités) et à la Direction Médicale et Qualité du Noble Age. Un tableau "Qualité" sera prochainement installé dans les locaux du personnel afin d'y afficher les comptes rendus et autres informations en lien avec la qualité. Actuellement, la démarche qualité et les procédures d'évaluations internes et externes ont été présentées aux membres du CVS, et plus largement aux familles et résidents lors de réunions. Une réflexion est en cours concernant le mode de diffusion le plus adapté, sous forme de pictogrammes, d'images...

Des fiches d'évènement indésirable sont à la disposition des résidents, des familles et des collaborateurs, elles sont systématiquement traitées par le référent qualité et font l'objet d'une réponse après analyse des causes et proposition d'actions correctives. Si cette démarche est aujourd'hui bien comprise et acceptée, cela n'a pas été le cas à son démarrage. Le lancement de ce mode d'expression a été difficilement perçu par les équipes qui utilisaient parfois cette fiche plus comme un moyen de réclamation, voire de délation, qu'un outil permettant une réflexion constructive face à une problématique identifiée et récurrente. Les familles et résidents n'osaient pas forcément laisser une trace écrite et optaient pour une transmission orale de leurs mécontentements. J'ai alors invité le référent qualité à organiser des temps d'information et de sensibilisation afin de dédramatiser cette démarche et d'en assurer sa bonne utilisation. Une charte a été affichée à l'accueil de la résidence rappelant l'utilité de cet outil dans la démarche qualité et non comme un outil visant à une sanction disciplinaire.

⁴⁶ Composition actuelle du COPIL : Equipe de direction, MEDEC, IDEC, référent qualité, une ASH, deux soignantes et une maîtresse de maison.

La gestion du risque au sens large est sous ma responsabilité, au travers d'un Plan de crise (Plan Canicule, Plan grand froid, Crise énergétique, Risques infectieux...). Je positionne les actions de prévention et d'action en collaboration avec les différents membres de l'équipe concernés (MEDEC, IDEC, référent qualité, agent de maintenance...)

La réussite du déploiement de la gestion de la qualité et de la prévention des risques repose sur mon implication et ma conviction (moteur), sur des responsables de service convaincus et impliqués (relais indispensables) et sur un référent qualité établissant le lien entre tous les acteurs de la démarche permettant ainsi de mobiliser l'ensemble des collaborateurs (gage de l'amélioration continue). Les fruits de ce déploiement ont été visibles au travers des résultats de l'audit interne de 2013 : la résidence a obtenu plus de 80 % de conformité aux attendus du référentiel du groupe, alors qu'elle n'avait obtenu que 55 % l'année précédente. Pour autant, dans le cadre du déploiement de la Bientraitance déjà en cours (formations, temps de parole...), des actions complémentaires sont à réaliser (création d'un comité Bientraitance et positionnement "d'Ambassadeurs Bientraitance").

L'engagement de la résidence dans la démarche qualité depuis 3 ans, a permis d'amener progressivement une "**culture qualité**" au sein des équipes mais aussi auprès des résidents et de leurs familles. C'est donc plus sereinement que l'évaluation externe a été menée en juin dernier. *Le Noble Age* a fait le choix de deux cabinets d'évaluateurs, un positionné sur l'éthique et le second sur la qualité afin de croiser deux regards sur l'ensemble du fonctionnement du groupe. Le cabinet EGC qui est intervenu sur la résidence est celui portant un regard sur la qualité. Le pré rapport ne m'a pas encore été envoyé mais les premiers retours font état d'un bilan positif et m'ont permis de mesurer les dispositifs en place au regard des missions de la résidence et des réponses apportées aux attentes et besoins des personnes accueillies, des familles et du personnel.

Il ressort de l'évaluation que la résidence a fortement évolué ces dernières années au plan de son organisation et de ses méthodes de travail (une architecture en adéquation avec la liberté d'aller et venir des résidents, l'internalisation de la cuisine et de la lingerie, la poursuite de la professionnalisation des équipes...). L'établissement propose un accompagnement qui fait sens auprès des équipes, avec une volonté affichée de répondre aux attentes et aux besoins des résidents et de leurs familles. Le personnel est compétent, solidaire et engagé dans ses missions.

Les différents échanges réalisés par le cabinet auprès des résidents, des familles, des équipes et des partenaires ont permis de poser des pistes de réflexion pour pérenniser les démarches d'amélioration et conforter les acquis :

- ✓ L'enjeu et le défi de demain : maintenir les acquis, développer la particularité et la spécificité de l'établissement et promouvoir des démarches innovantes, voire s'engager dans une dynamique de recherche d'indicateurs adaptés à la spécificité de la population accueillie
- ✓ Consolider le projet d'établissement : le groupe aura à revoir l'architecture générale de sa trame en intégrant les différents volets techniques et en développant la partie projective, en s'inspirant de la RBPP⁴⁷ "Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service"
- ✓ Intégrer la structure au sein d'une filière gériatrique et positionner l'établissement en pôle ressource de l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs familles
- ✓ Des actions intergénérationnelles à développer
- ✓ Organiser des groupes de travail autour des recommandations des bonnes pratiques professionnelles pour une appropriation par les professionnels et ainsi en mesurer les effets sur les pratiques.

1.2.3 Son environnement externe

Les acteurs institutionnels et leurs rôles

Depuis la signature de sa première convention tripartite, la résidence entretient de bonnes relations avec les autorités de tarification et bénéficie d'une bonne réputation concernant la qualité des services proposés aux personnes accueillies, mais aussi concernant la maîtrise de ses enveloppes budgétaires allouées. Ce sentiment s'est confirmé, en juillet dernier, lors de la dernière visite du Conseil Général, qui profitant de l'annonce de la signature prochaine d'un avenant de notre convention tripartite, m'a annoncé son engagement de financer le poste de psychologue à plein temps : jusqu'à présent financé à 0.5 ETP.

La Loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale et la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ont permis la reconstruction du rapport entre les professionnels et les usagers avec l'apparition de notion d'accompagnement, liberté individuelle, usager-client (satisfaction de son propre besoin), usager-citoyen (participation au contrôle et évaluation du service).

Depuis 2008, l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et des Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) et L'Agence Nationale d'Appui à la

⁴⁷ Recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, mai 2010

Performance (ANAP), ont produit des recommandations des bonnes pratiques et d'aides à la modernisation des gestions : "La Bienveillance", " les attentes de la personne et son projet personnalisé", "l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social", "Qualité de vie en EHPAD", et plus récemment "Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée".

J'ai utilisé l'ensemble de ces domaines réglementaires comme levier dans mon management des équipes de la résidence. L'enjeu a été de trouver le juste équilibre entre l'obligation de mise en œuvre d'outils et l'application effective de ces outils au regard de la réalité de l'établissement. De ce fait, les outils de la loi 2002-2 n'ont pas été mis en œuvre tous en même temps, mon objectif n'était pas la simple réponse aux obligations légales et réglementaires, auquel cas je me serais moi-même appliqué à rédiger et positionner les différents documents ou instances.

J'ai, au contraire, porté mon attention à donner du sens aux actions, en maintenant au cœur de la prise en charge et de l'organisation les résidents. Pour cela, j'ai priorisé la mise en œuvre de chaque outil, puis pour chacun d'entre eux, des groupes de travail ont été mis en place afin de favoriser les temps d'échanges, d'information, d'implication des résidents, des familles et des professionnels. L'appropriation de tous avant la mise en place est essentielle si l'on veut que ces outils ou instances soient connus, compris et utilisés. Il n'a pas été simple de faire entendre aux familles et aux professionnels que les résidents même atteints de troubles cognitifs avaient une place dans l'élaboration du projet d'établissement, du règlement de fonctionnement. Même s'il est difficile de recueillir le consentement éclairé de quelques résidents très avancés dans la maladie, il est de notre devoir de trouver des modes de communication et des indicateurs nous permettant d'évaluer leur acceptation aux projets personnalisés proposés.

Un autre enjeu sera de suivre les axes d'orientation du nouveau schéma départemental afin d'assurer le positionnement de la résidence au sein du territoire et ainsi pérenniser et /ou développer les actions adaptées, répondant à l'évolution des besoins et attentes des personnes âgées. La non-prise en compte de ces évolutions de politiques publiques serait une erreur stratégique pouvant mettre en jeu la pérennité de la résidence. En effet, de nombreuses structures pour personnes âgées sont présentes sur le territoire et plus particulièrement un nouvel EHPAD a ouvert fin 2013 sur la commune. Ce nouvel établissement de 123 lits appartient au groupe privé DomusVie. Bien qu'il ne se soit pas porté sur la spécificité de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, son ouverture récente attire la curiosité des personnes en recherche d'établissement. Pour autant, Il n'existe actuellement pas une grande concurrence sur le territoire car le projet de la *Villa*

d'Epidaure est dédié à une population très spécifique qui pose bien souvent des difficultés pour les autres structures non adaptées.

A ce titre, j'ai déjà rencontré plusieurs directions. Ces échanges nous ont permis de présenter nos structures, d'échanger sur les difficultés rencontrées mais aussi parfois de se transmettre des idées concernant la gestion de nos équipes. Le plus grand concurrent, mais aussi allié de la *Villa* est la deuxième *Villa d'Epidaure*, structure 100% Alzheimer située dans la ville voisine de la Celle-Saint-Cloud, qui a ouvert en 1997. Cet établissement appartient également au groupe *Le Noble Age* depuis 2007, permettant également de mutualiser nos moyens humains, matériels et des formations.

Par ailleurs, J'ai identifié une opportunité de partenariat avec la clinique de gérontopsychiatrie qui a ouvert ses portes en octobre dernier sur Garches. Plusieurs rencontres ont déjà été organisées entre les équipes des deux structures pour élaborer ce rapprochement qui permettra aux soignants de bénéficier d'un soutien professionnel grâce à l'expertise gérontopsychiatrique des professionnels de la clinique. Ce partenariat répond pleinement à l'un des axes prioritaire du schéma (fluidifier les parcours de vie).

Les partenariats et réseaux

Consciente des enjeux et des difficultés que représentent la prise en charge de personnes fragilisées, la villa s'est inscrite dans la filière gérontologique en développant des partenariats avec les établissements suivants :

IDENTITE ETABLISSEMENTS	OBJECTIFS	CONVENTION SIGNEE OUI/NON
Etablissements sanitaires		
Clinique gériatrique de la "Porte Verte" et son centre mémoire	Contribuer à l'évaluation gériatrique et au respect des bonnes pratiques en gériatrie	non
Etablissement "Notre Dame du Lac" de soins palliatifs et équipe mobile	Contribution par leurs conseils et réflexions à l'amélioration de la prise en charge et du confort du résident en fin de vie et au soutien des proches et des équipes.	En cours d'élaboration
Etablissements hospitaliers proches : Hôpital Ambroise Paré, Hôpital des quatre villes, Clinique chirurgicale de la côte d'or	Favoriser la transmission des informations médicales et la continuité des soins, éviter le passage aux urgences, bénéficier d'un pôle technique	oui
Hospitalisation à Domicile (HAD)	Eviter l'hospitalisation et favoriser le retour à la résidence, permettre un échange de	oui

	compétence et de formation du personnel soignant	
Le SAMU 92	Permettre aux équipes de nuit de bénéficier de conseils et faciliter les interventions au besoin	oui
Structures sociales		
Le centre local d'informations et de coordination territoriale "Gerico"	Ressource utile pour les familles et les professionnels lors de la recherche d'un EHPAD ou la préparation à un retour à domicile. Dynamique de coordination des professionnels et des structures.	Le médecin coordonnateur de la résidence est membre actif du CLIC
Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)	Coordination et gestion de cas complexes	Dans le cadre de la création de la MAIA centre 92, je participe à la table tactique et au groupe de travail en charge de réfléchir sur la notion de complexité et de formaliser et valider les critères d'entrée en gestion de cas.
Structures privées et associatives		
Société d'ambulances locales "Age d'Or"	Privilégier un partenariat avec une société d'ambulances qui apporte une attention particulière lors des déplacements et accepte que les résidents soient accompagnés du personnel de la résidence	non
Association France Alzheimer	Partage des connaissances et expériences, Soutien aux aidants	La résidence est adhérente
Fondation pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer (IFRAD)	Contribuer à la recherche et partager les expertises et expériences.	Le Noble Age est partenaire de l'IFRAD. La résidence participe chaque année à la journée de l'IFRAD et présentera en septembre 2014 les ateliers thérapeutiques spécifiques à l'accompagnement des malades Alzheimer. La participation financière est depuis cette année portée par la résidence.
SOLRES 92, association loi 1901, créée à l'initiative du Conseil Général du 92	Prévention et lutte contre la maltraitance : formations, permanence téléphonique conseils et aide lors de situation identifiée comme à risque	Non mais intervention de formation annuelle au sein de la résidence. La psychologue de la résidence est aussi formatrice pour SOLRES92

Ces différents liens sont le reflet d'un réel partenariat visant à améliorer la prise en charge des résidents, ce qui implique un investissement constant de chacun, que je dois impulser, pour maintenir une dynamique d'échanges et de construction de projet commun.

L'ouverture de la résidence sur la commune au travers de partenariats intergénérationnels avec la ludothèque, les centres de loisirs, l'école de musique reste difficile. La maladie d'Alzheimer est encore trop méconnue du grand public et suscite beaucoup d'appréhension, de ce fait les intervenants de la petite enfance sont très réticents à participer aux activités de la résidence. Le recrutement récent, au sein de la *Villa*, d'une nouvelle coordinatrice d'activités sociales et culturelles, habitant sur Garches, est une nouvelle opportunité pour relancer les échanges avec ces partenaires. Celle-ci ayant des enfants scolarisés sur la commune, participe déjà à de nombreuses activités extrascolaires.

Conclusion

S'appuyant sur son projet d'établissement et sur l'expérience acquise au fur et à mesure des années, la *Villa d'Epidaure* est actuellement reconnue comme un acteur privilégié dans l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer et plus particulièrement lorsque les troubles du comportement deviennent plus sévères. De ce fait, depuis trois ans, la *Villa* a vu sa population évoluer avec l'apparition de cas pathologiques plus psychiatriques, associés à des pathologies neurologiques. Si le savoir-faire des équipes professionnelles est performant concernant la prise en compte des troubles dégénératifs, il est néanmoins fragilisé par un manque d'expertise concernant les troubles psychiatriques sous-jacents. Cette évolution de la population m'a conduit à mener une réflexion sur la compréhension de ces troubles psychiatriques et leurs incidences sur la vie au sein de la résidence tant pour les autres résidents et leurs familles que pour les professionnels.

2 L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Pour mieux comprendre les enjeux qui se jouent chaque jour pour garantir un accompagnement de qualité, il est cependant nécessaire de revenir sur la présentation de la population accueillie et des spécificités de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés: Finalement qu'entendons-nous lorsque nous évoquons la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés ?

Cette deuxième partie présentera les contextes et les enjeux socio-économiques des pathologies neurodégénératives tant au niveau national, régional et départemental qu'euro-péen mais aussi les défis auxquels doit répondre la *Villa d'Epidaure*. Ou comment l'émergence de pathologies psychiatriques associées aux troubles cognitifs vient "bousculer" les pratiques professionnelles?

Aussi, afin de mieux percevoir comment cette situation est vécue, j'ai également conduit une enquête auprès des résidents, des familles et des professionnels.

Grâce à cette analyse de la situation et des écarts constatés, je présenterai en fin de ce chapitre un tableau récapitulatif des Forces/Faiblesses, Menaces/Opportunités sur lequel je m'appuierai pour formuler les hypothèses d'actions permettant de garantir la continuité de la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies.

2.1 Contexte et enjeu sur le plan national, régional et départemental :

" En France, comme presque partout dans le monde, la maladie d'Alzheimer touche une large proportion de la population, soit environ 6 % des personnes âgées de plus de 65 ans. On estime que plus de 850 000 personnes sont aujourd'hui atteintes, majoritairement des femmes, alors que près de 225 000 nouveaux cas apparaissent chaque année. Considérée, à tort, comme un effet du vieillissement, la maladie d'Alzheimer a été ignorée pendant longtemps des décideurs politiques. Même si aujourd'hui la situation a nettement évolué, l'image de la maladie dans la population reste très fataliste. S'agissant des soins ou de la recherche, la maladie d'Alzheimer ne se situe pas au même niveau de priorité que des maladies qui affectent des adultes plus jeunes. Cependant, cette pathologie, tout particulièrement à un stade avancé, constitue un véritable enjeu éthique pour notre société en exigeant le maintien d'un lien de solidarité.

La maladie d'Alzheimer provoque des modifications de l'intellect, des comportements et des affects mais il ne s'agit pas d'une maladie psychiatrique. Elle est la conséquence de changements structuraux du cerveau que l'on peut observer à l'œil nu et au microscope, à l'examen post mortem. Il s'agit donc d'une maladie neurologique. L'étude des modifications cérébrales relève d'une spécialité médicale, la neuropathologie, mot traduit de l'anglais et qui signifie anatomo-pathologie neurologique." ⁴⁸

Source : "Maladie d'alzheimer - enjeux scientifiques - médicaux et sociétaux", Rapport INSERM 2007

La maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés ont été pratiquement ignorés par les instances politiques jusqu'à la fin du 20^{ème} siècle.

Cette prise en compte tardive des enjeux sociétaux de la maladie d'Alzheimer associée à son ampleur a pour conséquence une disparité importante de l'accompagnement des malades.

Pour exemple, le parcours de soins du malade Alzheimer est extrêmement disparate en fonction de sa situation familiale et sociale et du nombre de structures ou d'intervenants professionnels environnants. S'ajoute à cela la pose d'un diagnostic tardif ou encore trop souvent inexistant, "*on considère que le diagnostic n'est jamais porté dans un cas prévalent sur deux*". ⁴⁹

Et même lorsque le diagnostic est posé, le parcours de soin du malade se heurte au "millefeuille" institutionnel existant sur le territoire, qui faute de structuration et d'indicateurs de qualité d'accompagnement le rend extrêmement complexe. En effet, il est difficile pour le sujet malade et son entourage de s'y retrouver face aux différents :

- acteurs sanitaires et sociaux que sont les centres mémoires, les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (CLIC), les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS),
- acteurs de réseaux médicaux spécifiques que sont les médecins de villes, les réseaux de santé, les réseaux gériatriques et les Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA⁵⁰),
- acteurs associatifs d'aide tel que *France Alzheimer*
- acteurs médico-sociaux qui proposent différentes options d'accueil que ce soit en Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes (EHPAD), en accueil de jour, en séjour permanent ou temporaire.

⁴⁸ **ANNEXE X** : statistiques, prévalences et coût de la maladie d'Alzheimer

⁴⁹ **Source** : Maladie d'Alzheimer- enjeux scientifiques-médicaux et sociétaux Rapport INSERM 2007

⁵⁰ **Mesure 4 du Plan Alzheimer 2008-2012**, récemment le mot *Maison* a été remplacé par *Méthode*. Le mot maison portant à confusion car il n'existe pas de lieu d'accueil, la MAIA étant une entité d'aide pour les professionnels dans la gestion de cas complexes.

Pourtant le vieillissement de la population française fait de la maladie d'Alzheimer un enjeu économique et sociétal incontournable qui oriente les politiques publiques actuelles et à venir.

Dans un contexte économique sensible, les politiques publiques ont fait le choix, depuis plusieurs années, coûts-efficacité pour redéfinir l'organisation des dispositifs de soins et d'accompagnement des malades Alzheimer.

Différents plans nationaux ont ainsi été élaborés, le premier intitulé "Programme d'actions destiné aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentes"⁵¹ sur la période 2001-2004 a permis la création des Centres mémoire de Ressources et de Recherches (CMRR) et des Consultations Mémoire (CM), des CLIC et la mise en œuvre de l'Allocation personnalisée autonomie (APA).

Le deuxième plan intitulé "Plan Alzheimer et maladies apparentées"⁵² de 2004 à 2007, dans la continuité du premier plan, a posé dix objectifs dont :

- Reconnaître la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées comme une maladie à part entière et promouvoir le respect de la personne malade
- Adapter les établissements d'hébergement pour personnes âgées pour prendre en compte la spécificité de cette maladie
- Développer la formation des professionnels et aider les bénévoles
- Faciliter la prise en charge des malades en situation de crise

Le troisième Plan Alzheimer 2008-2012 a centré ses missions sur la personne malade et sa famille en posant trois axes pour agir sur la **Santé** et améliorer la qualité de vie, la **Recherche** pour mieux connaître la maladie et la **Solidarité** afin de se mobiliser pour un enjeu de société.

L'ambition de ce plan⁵³ a été de développer des actions à tous les niveaux, de la prévention à la recherche, en passant par l'éthique pour améliorer la qualité de la prise en charge, des organisations de soins et donc de l'accompagnement de la personne.

⁵¹ Par le Ministère de la santé et des affaires sociales et le Secrétariat d'Etat auprès des personnes âgées

⁵² Par le Ministère des solidarités, de la santé et de la famille et le Secrétariat d'Etat aux personnes âgées

⁵³ **Rapport d'évaluation du Plan Alzheimer 2008-2012 de juin 2013**, Professeur Joël ANKRI et professeur Christine VAN BROECKHOVEN missionnés par le Ministères des affaires Sociales et de la santé, le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et la Ministres déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, le 30 novembre 2012.

Le 21 septembre dernier, à l'occasion de la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer, ont été annoncés les travaux d'élaboration du prochain plan "maladies neurodégénératives". Ces travaux, initiés par Geneviève Fioraso, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, et Michèle Delaunay, ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, font suite à la remise, le 26 juin dernier du rapport d'évaluation du troisième plan Alzheimer⁵⁴. Ainsi quatre groupes de travail thématiques composés d'experts du champ médical et médico-social et de chercheurs ont été mis en place afin d'identifier les mesures et actions du futur plan.

Dans le cadre de ma réflexion sur l'amélioration de la qualité de vie des malades dans le respect de la dignité de chacun, je serai particulièrement attentive à deux axes de travail de ce plan⁵⁵ :

1. Répondre aux besoins des personnes à chaque étape de la maladie et sur tous les territoires.
2. Adapter la société, la cité et accompagner l'évolution des pratiques dans une démarche respectueuse d'éthique, de qualité et de bienveillance.

Dans la déclinaison de la stratégie nationale de santé, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont élaborés différents plans et/ou projets permettant de poser des actions en lien avec les besoins de chaque région. Les questions concernant la qualité de l'accompagnement et le parcours de santé des personnes âgées sont au cœur des préoccupations. Ainsi différents appels à projet ont été proposés notamment sur l'aménagement des établissements par la création de Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ou d'Unités d'Hébergement Renforcées (UHR)⁵⁶ afin d'apporter une réponse adaptée à la prise en charge des résidents souffrant de maladies neurodégénératives.

Plus récemment, un appel à projet concernant les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) a été conduit par les Agences Régionales de Santé. Fin mai 2013, huit territoires pilotes⁵⁷ ont été sélectionnés sur la base des candidatures et cinq ont entamé la mise en œuvre opérationnelle des expérimentations en

⁵⁴ Réalisé par les professeurs Joël Ankri et Christine Van Broeckhoven.

⁵⁵ Les deux autres axes du plan sont : Améliorer le diagnostic, la prise en charge précoce des affections, l'entrée dans la maladie / Développer et structurer la recherche

⁵⁶ **Mesure 16 du Plan Alzheimer 2008-2012**- répondant aux recommandations de l'ANESM concernant "l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social" de février 2009 et de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant la "maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs" 2009.

▪ ⁵⁷ dont le territoire des IX^e, X^e et XIX^e arrondissements parisiens pour la région Ile-de-France

septembre dernier. Les enjeux du parcours portent notamment sur la coordination entre les différents secteurs : sanitaire, social et médico-social. Une attention particulière des risques de rupture lors du parcours de soins de la personne âgée, dans une perspective de réponse intégrant la double dimension préventive et curative de l'accompagnement est demandée.

C'est pourquoi les objectifs du projet PAERPA se déclinent selon trois axes :

- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants,
- Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie,
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

Au niveau départemental, dans la continuité du Schéma gérontologique des Hauts-de-Seine 2005-2010, un nouveau Schéma de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées 2014-2018 vient d'être publié. Ce schéma a posé ses objectifs sur des axes prioritaires correspondant aux besoins du département et faisant écho aux objectifs actuels de la *Villa d'Epidaure* concernant :

- La fluidification des parcours de vie
- L'amélioration de l'offre de service
- Le vivre ensemble au quotidien

Ce schéma précise dans son orientation stratégique n°5 la nécessité d'adapter les modalités d'accueil au sein des établissements pour personnes âgées du département. Plus précisément, deux actions retenues dans ce schéma sont l'opportunité pour la *Villa d'Epidaure* de répondre à sa volonté de garantir la continuité de la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies :

- ❖ Le développement de l'offre de psycho-gériatrie dans le département pour répondre à des besoins de prises en charge aujourd'hui non satisfait
- ❖ L'intégration de nouveaux métiers au sein des EHPAD grâce à des mutualisations (ergothérapeutes, psychiatres et chirurgiens-dentistes) ainsi que l'intégration des établissements au sein des réseaux locaux (gérontologique et handicap)

Ces orientations départementales arrivent à point nommé pour la résidence qui doit renouveler sa convention tripartite en 2015⁵⁸. En effet, dans le cadre de la préparation du dossier de renouvellement, je compte présenter la volonté de la résidence à s'associer au sein de ce nouveau schéma. Ce projet est soutenu par le groupe qui accompagne ses établissements à s'engager pour adapter et personnaliser l'offre afin de répondre à la diversité des attentes des personnes accueillies mais aussi à innover et améliorer la performance en continu dans la volonté de répondre aux évolutions sociales et sociétales.

Pour compléter ses orientations, en juin 2014, l'ARS a transmis un appel à candidature pour la création d'un parcours de santé psychiatrique sur le département. J'apporte actuellement une attention particulière à cet appel à candidature dans le cadre de ma réflexion concernant la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents de la résidence. Dans l'attente de l'envoi du cahier des charges complet, j'ai déjà transmis cet appel à projet au siège afin que les services supports réfléchissent avec moi à l'engagement possible du groupe et donc de la résidence.

Je m'appuierai également sur les recommandations de l'ANESM, édité en mai dernier, concernant la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée, notamment concernant l'identification des professionnels ressources en santé mentale et en renforçant la coordination et la complémentarité des actions mises en œuvre dans le parcours de soins de la personne.

2.2 Contexte et enjeu sur le plan européen

"Tous les pays d'Europe, ainsi qu'il a été constaté dans de nombreux rapports, sont confrontés à la difficulté de la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les enquêtes réalisées par Colvez et collaborateurs (2002) permettent de faire le point sur les prises en charge dans différents pays de la communauté européenne. Par ailleurs, les études révèlent des différences notables dans les prestations à domicile et en institutions prévues dans la législation de plusieurs pays européens.

En Europe, quatre types de programmes alternatifs se sont développés :

- La prise en charge complète à domicile à l'exemple des services sociaux de la ville de Copenhague qui l'assurent dans le cadre général des services de soins à domicile. La prise

⁵⁸ Un avenant doit être signé avec le Conseil Général, d'ici la fin de l'année 2014, du fait de leur retard dans la gestion des renouvellements de convention sur le département.

en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer représente un programme renforcé incluant l'intervention d'infirmières, de psychologues, d'aides à domicile et de médecins;

- les structures de vie de type *group living* (Suède) ou le modèle Cantou53 (France) qui sont des habitats spéciaux de type appartement communautaire. Dans ces structures, la prise en charge s'effectue autour d'un espace à vivre commun. Ils comprennent entre 7 et 12 chambres individuelles. La vie est organisée autour des activités domestiques par une maîtresse de maison. La structure n'est pas techniquement médicalisée. C'est une des versions possibles de l'hébergement temporaire;
- les centres experts (Belgique). Ils sont issus des services médicaux qui, en plus du diagnostic, assurent en consultation externe un suivi de la prise en charge sur les plans médical et social, que la personne soit en institution ou à domicile;
- les centres de jour assurent, aux personnes qui souhaitent garder le malade à domicile, un soulagement de jour (d'une demi-journée à 6 jours). C'est le modèle de l'accueil de jour en France.

Les différentes évaluations qui ont été faites montrent que :

- quelle que soit la forme d'aide, la charge pour les proches est importante;
- quel que soit le programme alternatif, il n'y a pas totale substitution entre l'aide formelle et l'aide informelle;
- les programmes proposés ont tous un impact sur le bien-être des aidants autre que via les contributions budgétaires et temporelles que ces programmes produisent;
- les unités de vie du type Cantou ou *group living* ont des effets positifs sur un plus grand nombre. Il apparaît donc nécessaire de les développer tout en préservant la liberté des malades et de leurs proches pour d'autres structures." ⁵⁹

Si les politiques ont longtemps sous-estimé les enjeux socio-économiques que représentaient la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, depuis les années 2000 la prise de conscience a accéléré la mise en œuvre de multiples

⁵⁹ **Source** : Maladie d'Alzheimer- enjeux scientifiques-médicaux et sociétaux, extrait des Politiques européennes de la prise en charge de la maladie. Rapport INSERM 2007

orientations politiques. Cette prise en compte a eu des effets positifs permettant notamment dans le cadre de la recherche d'établir des outils précisant le diagnostic et la compréhension des mécanismes de ces pathologies. De nombreuses méthodes d'accompagnement se sont aussi développées telles la *Validation* de Naomie FIEL⁶⁰, *L'Humanitude* d'Yves Gineste et Rosette Marescotti⁶¹, ces dernières favorisant une veille de la Bienveillance au sein des établissements et réinterrogeant les professionnels sur leurs pratiques. Ainsi les activités proposées pour animer les journées des personnes âgées en établissement ne sont plus de simples ateliers occupationnels mais deviennent des ateliers à visée thérapeutique répondant aux besoins individuels de chacun.

Dans cette dynamique, la recherche du Bien-être est devenue cause commune pour les résidents, les aidants et les professionnels. J'entends ici la notion de Bien-être selon la définition du dictionnaire Larousse comme un *"état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit : éprouver une sensation de Bien-être"*. La complexité réside dans la satisfaction des besoins de chacun dans un contexte où bien souvent ils peuvent être très différents, voir même en opposition. C'est pourquoi, afin d'être au plus juste dans ses organisations, nombreux établissements, s'appuyant sur les recommandations de l'ANESM, ont développé une culture de la Bienveillance. Ce concept étant défini comme *"une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins."*⁶²

Conclusion

Toutes ces impulsions qu'elles soient politiques, sociétales ou médicales ont nettement amélioré les conditions d'accompagnement des personnes présentant la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Cependant le coût financier qu'elles nécessitent devient une problématique dans un contexte économique plus que tendu, et oblige tous les acteurs à rechercher les choix les plus efficaces. Pour cela des efforts sont obligatoirement à mener dans la coordination de tous les acteurs politiques, sociaux et médico-sociaux pour répondre aux besoins d'un territoire. Ainsi les directeurs des établissements médico-sociaux ont indéniablement un rôle stratégique à jouer pour positionner, pérenniser et développer leurs structures.

⁶⁰ **La Validation** accentue son approche autour de l'histoire de vie de la personne. *Validation mode d'emploi, techniques de communication*, Edition Broché.

⁶¹ **L'Humanitude** axe son approche autour de la perception de la personne en elle-même (horizontale) et l'importance de la notion d'entrer en contact avec elle (par le regard, le toucher adapté...). *L'Humanitude*, Edition Armand Colin.

⁶² **Source** : recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM, juin 2008.

2.3 L'émergence des troubles psychiatriques, un nouveau défi...

Comme je vous l'ai présenté précédemment, la *Villa d'Epidaure* s'est positionnée comme une référence sur l'ouest parisien dans l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, en s'appuyant sur le projet fondateur de la résidence. La volonté est de proposer une solution non-médicamenteuse aux différentes étapes de la maladie, au travers de projets personnalisés qui mobilisent différents ateliers thérapeutiques : espace Snoezelen, balnéothérapie, art-thérapie, musicothérapie, danse-thérapie, médiation animale, atelier bien-être...

Néanmoins, les attentes et les besoins des résidents et des familles sont en évolution constante, nécessitant l'adaptation de la résidence dans l'objectif de maintenir une qualité de vie au sein d'un lieu de vie adapté. L'émergence de pathologies psychiatriques associées aux troubles cognitifs vient "bousculer" ces pratiques professionnelles.

A la lecture d'ouvrages et articles spécialisés, je constate que de nombreux débats⁶³ entre gériatres, neurologues et psychiatres ont fait l'actualité concernant la validation ou non d'une nouvelle discipline que serait la "Gérontopsychiatrie". Comme le décrit Pierre CHARAZAC⁶⁴ dans un article, *"Les psychiatres ignorent à peu près tout de ceux que les anglo-saxons nomment the Oldest Old et que nous désignons par très âgés. Les neuropsychologues commencent à différencier le grand âge mais nous ne sommes pas encore capables de dire s'il existe une clinique psychiatrique propre... Or S. PARIEL-MADJLESSI a récemment montré que cet ensemble se compose de deux sous-groupe nettement distincts : les patients psychotiques vieilliss et les patients dont l'affection est apparue au 3^{ème} ou au 4^{ème} âge... Leur pathologie et leur traitement ne sont pas les mêmes, y compris sur le plan somatique."*

En France, la gérontopsychiatrie n'est pas encore reconnue comme une spécialité autonome, l'objet de mon mémoire ne se porte donc pas sur ce débat. J'axe ici mon exposé sur la conception psychiatrique de la démence ou comment les neurologues et neuropsychologues tiennent compte des symptômes psychiatriques associés aux troubles cognitifs et en quoi les pathologies psychiatriques posent des difficultés, en y précisant les troubles et l'accompagnement nécessaires qu'elles sollicitent.

⁶³ **Références** : Pierre CHARAZAC, 2001, *Introduction aux soins gérontopsychiatriques*, édition DUNOD / Pierre CHARAZAC, 2006, *Réflexion sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard*, magazine InfoPsy, L'information psychiatrique Vol 82 n°5

⁶⁴ **Pierre CHARAZAC** : psychiatre, psychanalyste, ancien chef du département de gérontopsychiatrie du centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu à Lyon (69), expert près de la cour d'Appel de Lyon, enseignant à l'école de psychologues praticiens.

Apporter des repères temporo-spatiaux, favoriser la réminiscence⁶⁵, soulager une douleur physique, accompagner les aphasies et les apraxies, favoriser l'autonomie en initiant les gestes de la vie courante... sont autant de réponses sur lesquelles les professionnelles savent s'appuyer pour accompagner des personnes présentant des troubles cognitifs et cela même dans des situations parfois extrêmes d'angoisse, de refus ou d'agressivité de la part de ceux-ci.

Mais comment réagir aux réactions psychiques plus "virulentes", dernièrement vécues sur la résidence, qui se manifestent lors d'épisodes d'hallucinations aiguës, de dépression sévère, d'état paranoïaque ou de passage maniaco-dépressif ? Quel accompagnement proposer à des personnes présentant des pathologies psychiatriques tardives et bien souvent non explorées telles que les troubles bipolaires⁶⁶ ou les schizophrénies tardives? Ces personnes qui sont capables d'une violence extrême comme arracher un radiateur en fonte du mur ou de briser une fenêtre en double vitrage... Comment préserver la quiétude des autres résidents lorsque ces épisodes apparaissent?

Face à cela, les équipes manquent d'expertise et d'accompagnement. Il en résulte une démobilitation et un inconfort réel qui se manifestent au travers de différents indicateurs : l'épuisement, l'absentéisme, l'insatisfaction professionnelle et une baisse de la motivation... De ce fait, la médication et l'hospitalisation dite de "répit" se sont à nouveau posées comme seules solutions, ce qui va à l'encontre du projet fondateur de la résidence et sont perçues comme un échec par les équipes.

Car ces solutions sont sources d'insécurisation et de déstabilisation majorant l'angoisse, les pertes de repères et les troubles du comportement pour les résidents. S'ajoutent à cela des dysfonctionnements d'articulation entre les établissements sanitaires et médico-sociaux concernant la continuité des soins et du parcours de la personne, se manifestant par une absence de coordination entre les structures et les équipes de soins. Bien que cette problématique soit identifiée par les politiques publiques⁶⁷, qui posent comme principale articulation la psychiatrie dans les schémas médico-sociaux, il reste encore beaucoup de

⁶⁵ **Définition du dictionnaire Larousse** : retour à la conscience claire de souvenirs non accompagnés de reconnaissance. On parle ainsi de réminiscence du passé, de l'enfance, musicale, artistique... C'est un retour à la conscience d'une image, d'une impression si faibles ou si effacées qu'à peine est-il possible d'en reconnaître les traces.

⁶⁶ **Définition** : "*Cette affection se caractérise par l'alternance de période de crise qui sont diamétralement opposées. Aux phases d'euphorie excessive sont associés d'autres symptômes comme des pertes du besoin de dormir et de manger, des comportements excessifs, exubérants et une excitation importante. Ensuite suivront des épisodes dépressifs où sera ressentie une tristesse envahissante associée à une altération de la capacité à prendre du plaisir, un dégoût de soi, un repli et une perte d'énergie.*" Dr Sébastien GARD, psychiatre responsable du centre expert en troubles bipolaires de l'Hôpital Charles Perrens de Bordeaux (33)

⁶⁷ **Rapport Ancrea** de 2011/ Articulation entre le sanitaire et le médico-social p.24

chemin à parcourir pour décroiser les secteurs sanitaire, social et médico-social et agir dans une logique de territoire.

Même si les solutions actuelles dans la gestion de ces cas complexes sont vécues comme un échec, il est de mon rôle de poser les limites d'accompagnement de la résidence afin de préserver les personnes accueillies et les équipes.

Pour autant, la gestion de ces cas difficiles interroge les professionnels et me pousse à rechercher de nouvelles expertises et de nouveaux modes de prise en charge.

2.4 Identification des besoins et attentes des résidents et des professionnels

Afin de préciser les actions à mettre en œuvre, il est important de m'assurer que le diagnostic de la situation soit partagé avec les résidents, leurs familles et les professionnels.

Pour cela, j'ai été à leur rencontre et j'ai recueilli leurs ressentis pour mieux définir leurs attentes.

Le ressenti et les attentes des résidents et leurs familles

Au regard de la spécificité de la population accueillie et après échange avec la psychologue, j'ai décidé de ne pas utiliser de questionnaire auprès des résidents. En effet, comprendre la question posée et savoir y apporter une réponse adaptée n'est plus aisé lorsque les troubles cognitifs s'installent. Positionner ainsi la personne malade en situation d'échec la conduit à adopter un comportement de défense se traduisant, selon les personnes, par du rejet et le refus de communiquer, de l'angoisse et de l'agressivité.

J'ai donc privilégié, des rencontres informelles pour les écouter et observer leurs réactions. Je me suis également appuyé sur les retours des familles lors de leurs visites, de leurs participations aux fêtes et aux réunions proposées.

D'une manière générale, les résidents et leurs familles disent se sentir bien au sein de la résidence. L'attention portée, par les équipes, pour maintenir les liens sociaux, familiaux et "la vie malgré la maladie" est particulièrement appréciée : *"Nous sommes très satisfait de l'univers dans lequel vit notre père"* Mme C. fille d'un résident, *"Je veux remercier l'équipe qui entoure bien Michel et que je trouve très accueillante et très gentille. Pour lui et pour moi, merci."* Mme K. mère d'un résident, *"Je suis heureux d'être ici car quand cela va mal*

je sais que je ne suis pas seul. Il y a toujours une personne qui va voir que je ne suis pas bien et qui aura un mot gentil" Mr S. résident.

Pour autant, ils expriment aussi les difficultés rencontrées de par la vie en collectivité se traduisant parfois par un sentiment d'insécurisation.

Ce sentiment d'insécurisation exprimé, se présente sous plusieurs formes et à différents degrés d'incidence :

- L'Insécurisation ressentie par la personne malade qui du fait de ses pertes temporo-spatiales ne sait plus où elle se trouve, où elle doit aller ni ce qu'elle doit faire et qui s'inquiète. *"Qu'est-ce que je dois faire maintenant?", "Je dois partir chercher mes enfants à l'école !", "Mes enfants ne savent pas que je suis là !" ...* Ces personnes sont en attentes de réponses ou d'outils (calendrier, photos, signalétiques...) rassurants sur lesquels ils peuvent s'appuyer pour retrouver des repères.
- L'Insécurisation du fait de l'incompréhension du comportement de l'autre et de la gêne occasionnée. Et d'une manière plus générale, de la difficulté de concilier la vie individuelle et collective surtout lorsque l'autre présente des troubles du comportement. Ce sentiment est perçu des résidents entre eux parce qu'ils sont eux même dans le déni de leur propre maladie ou à un stade différent et reçoivent l'image de la maladie de l'autre comme une agression : *"Pourquoi elle touche à tout?", "Elle arrache toujours les fleurs du jardin"* Mme R. résidente, *"Regardez comment elle s'est habillée, c'est n'importe quoi?"* Mme F. résidente. Les familles expriment cette gêne, lorsque la maladie n'est pas comprise ou n'est pas acceptée. Et même lorsque c'est le cas, la culpabilité et la souffrance de l'aidant majorent ce sentiment. *"Ne peut-on rien faire pour que cette dame arrête de crier?", "Je crains que mon père soit embêté par l'intrusion de Mme B dans sa chambre."* Mme E. fille d'un résident. Les résidents et les familles attendent, dans ces cas-là, des actions concrètes des équipes comme proposer un endroit plus calme, aider la personne à se vêtir correctement... Mais au-delà de ces difficultés vécues au quotidien, il est exprimé une crainte plus subtile qui se traduit par une phrase simple *"j'ai peur de devenir comme eux."* Cette crainte s'exprime rarement lors des premiers échanges et se manifeste différemment selon les personnes, c'est pourquoi il est important de privilégier et de proposer régulièrement des temps permettant à chacun d'en parler.
- L'insécurisation du fait d'une rupture dans le parcours de la personne âgée. En effet, tout changement, entraînant une rupture avec l'environnement connu, favorise la perte de repère et la majoration des troubles du comportement. Cette insécurisation est notamment vécue lors de l'entrée du résident. Les premiers jours mobilisent

donc l'ensemble des équipes afin de rassurer la personne âgée mais aussi son entourage. En dehors de cette étape de l'entrée, d'autres évènements tels qu'une simple sortie en famille ou l'intervention de l'agent de maintenance dans la chambre peuvent amener ce sentiment d'insécurisation, s'ils ne sont pas préparés en amont avec le résident. Pour exemple, une résidente est dernièrement venue me signaler une intrusion dans sa chambre et sa crainte d'un vol. En interrogeant les équipes sur les évènements de la journée, j'ai compris qu'à la demande des soignants, l'agent de maintenance était venu réparer la fenêtre de la chambre. Or, personne n'avait pris le temps d'expliquer à la résidente qu'une intervention technique était nécessaire. Il en va de même lorsqu'une hospitalisation est nécessaire et que l'urgence de la situation ne permet pas la bonne préparation du résident et de son entourage, la perte de repère est alors brutale. Les attentes sont alors essentiellement portées sur l'importance de la fluidité des informations et d'une communication efficace et adaptée.

- L'insécurisation du fait d'un trouble du comportement majeur d'un résident. Bien que les épisodes de violence soient à la marge des autres cas déjà cités, ils marquent beaucoup plus les personnes. Les incidents physiques (chutes, coups) provoqués par les résidents entre eux sont rares du fait d'une présence et d'une vigilance importante des professionnels, mais ne sont pas exclus. La décompensation psychologique d'un résident peut conduire à une véritable gestion de crise : récemment, un résident arrivé depuis peu sur la structure, en plein épisode d'hallucination, a arraché du sol des protections en acier et brisé la fenêtre en double vitrage du salon de l'unité. Ces situations extrêmes surprennent et inquiètent car elles ne sont pas prévisibles, à la différence des troubles du comportement mineurs habituellement rencontrés. L'attente exprimée est alors de garantir la sécurité de chacun mais aussi de mettre des mots sur ce qui s'est passé.

Le ressenti des professionnels et leurs attentes

Afin de recueillir leurs ressentis, j'ai procédé à la diffusion d'un questionnaire⁶⁸ à l'intention des professionnels soignants et non-soignants de *La Villa d'Epidaure* mais aussi de quatre autres structures pour personnes âgées dépendantes : deux, en région parisienne, appartenant au groupe dont une est également spécialisé dans l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer et deux autres structures associatives en province.

⁶⁸ ANNEXE XI : Questionnaire

Le fait d'interroger des professionnels sur différentes structures m'a permis de mesurer si les approches et les difficultés ressenties dans l'accompagnement des troubles comportementaux étaient différemment vécus, que l'on soit dans un établissement spécialisé ou non, que l'on soit dans un établissement privé à but lucratif ou associatif.

J'ai contacté les directions de chaque structure afin de leur présenter le questionnaire et ainsi obtenir leur aval pour sa diffusion au sein de leur établissement. Malgré la mobilisation des directions, je n'ai reçu que 30 retours de questionnaires sur la centaine envoyée. J'attribue ce résultat au fait que je n'ai pas pu me rendre sur chaque structure pour présenter moi-même l'objet de cette enquête. Ce qui explique aussi le peu de retour des équipes non soignantes (5 questionnaires sur 30).

Pour autant, les réponses obtenues m'ont permis de poser trois constats que j'ai pu ensuite partager lors d'entretiens avec les professionnels de la *Villa d'Epidaure*.

- Le manque de formation et d'expertise : Si les professionnels disent connaître et comprendre les maladies neurodégénératives (23/30), seule la moitié a reçu une formation spécifique pour les aider (15/30) sachant que ces formations remontent essentiellement à leur cursus initial (Diplômes d'infirmier, d'aide-soignant). Les formations plus spécifiques dans l'accompagnement des troubles cognitifs ne sont mentionnées que par les médecins (DU de gériatrie), les psychologues /psychomotriciens et les animateurs (Validation de Naomie FIEL, Méthode Montessori⁶⁹, l'Humanitude). Une aide-soignante a reçu la formation d'assistante de soin en gérontologie. Seuls les deux établissements spécialisés bénéficient d'un temps de présence de psychiatre.
- Des difficultés exprimées face à l'agressivité et troubles majeurs des résidents : l'ensemble des professionnels (27/30) font état de leurs difficultés face aux comportements "incontrôlables" des résidents. Les quelques verbatims repris des réponses aux questionnaires illustrent bien ces difficultés : *"Le plus difficile est de définir l'origine du trouble"* Infirmière coordinatrice, *"Dans la prise en charge des soins, faut-il rester dans leur sens ou non?"* Aide-soignante, *"l'agressivité est difficile à contenir. Il n'y a pas de compréhension. On est plutôt dans l'incontrôlable"*

⁶⁹ Créée par Maria MONTESSORI, médecin italienne, qui dans la première partie du XXème siècle, a développé une méthode d'accompagnement d'enfants handicapés mentaux, en se centrant sur leurs aptitudes plutôt que sur leurs déficits. Elle a su créer du matériel et un environnement adaptés à leurs capacités. Depuis quelques années, cette méthode est utilisée auprès des personnes âgées présentant des troubles cognitifs, en utilisant des outils permettant de travailler sur la mémoire "procédurale" et "intuitive" pour solliciter des savoirs faits perturbés comme manger avec des couverts, lacer ses souliers, boutonner sa chemise....

Médecin coordonnateur, "On a peu de solution pour apaiser les troubles" jeune diplômée Aide-Soignante, "Cela implique de l'attention, de la disponibilité et de la patience", coordinatrice d'activités. "Je ne sais pas forcément comment agir avec eux pour répondre à leurs attentes", secrétaire de direction.

- Les activités proposées ne sont pas comprises de tous comme faisant partie du soin : l'ensemble des participants a connaissance des différentes activités proposées sur leur établissement. Si les professionnels reconnaissent tous que ces activités les aident dans l'accompagnement des résidents : "Cela aide à mieux les connaître et échanger de bons moments avec eux", "Ils sont plus détendus et accessibles", "Mon objectif est de donner du bien-être au travers des activités dans lesquelles la personne est impliquée". A la question "Y participez-vous?" seule une petite moitié répond positivement (16/30).

Ces trois constats sont partagés par les professionnels de *La Villa d'Epidaure* mais sont minorés du fait de l'impulsion donnée par son projet d'établissement et son ratio avantageux de personnel. Néanmoins, il est nécessaire de poursuivre les démarches menées pour conforter les acquis afin de maintenir la dynamique d'apprentissage et de soutien et ainsi limiter l'usure professionnelle.

Conclusion

Le diagnostic réalisé au travers de ces deux chapitres m'a permis de poser le tableau récapitulatif des Forces/Faiblesses, Menaces/Opportunités suivant :

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Histoire de la Villa et savoir-faire reconnu • Architecture neuve adaptée • Valeurs partagées et fondatrices • Culture qualité et fonctionnement en mode projet • Culture Bientraitance en construction • Ratio du personnel satisfaisant • Collaborateurs motivés : bon climat social et turn-over maîtrisé avec un nombre d'anciens collaborateurs porteurs du projet • Confiance en l'équipe direction et envers le groupe • Mutualisation des moyens avec la <i>Villa d'Epidaure</i> de la Celle-Saint-Cloud 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'expertise spécifique aux troubles psychiatriques • Communication interne à améliorer car vision parfois irrégulièrement partagée : utilisation de l'informatique pas maîtrisée de tous • Participation des résidents et du CVS à consolider • Taux d'occupation à consolider • Entretien annuel pour l'ensemble des collaborateurs • A l'échelon du groupe : DUD à mettre en place, architecture du Projet d'établissement à revoir, outil informatique à ouvrir à l'ensemble des services hôteliers pour le partage des informations

<ul style="list-style-type: none"> Budget maîtrisé malgré un Taux d'occupation bas : adéquation entre moyens et montée en charge (+ soutien du groupe) 	
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> Participation active à la création de la MAIA centre 92 Partenariat engagé avec la clinique de gérontopsychiatrie de la commune Retour positif de l'évaluation externe et bonnes relations entretenues avec les autorités de tarification <p>Au niveau du groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> Appel à candidature pour la création d'un réseau de santé mentale sur le département Nouveau schéma départemental, projet PAERPA et dernière RBPP en adéquation avec les projets de la résidence Renouvellement à venir de la convention tripartite : signature d'un avenant en cours. Négociations positive engagées avec le Conseil général du 92 	<ul style="list-style-type: none"> Fatigue et épuisement professionnels Insuffisance de l'ancrage de la résidence sur le territoire (commune, villes limitrophes et département) Concurrence avec la <i>Villa d'Epidaure</i> de la Celle-Saint-Cloud porteur de la même spécificité et du même projet

L'émergence de comportement plus perturbateur de certains résidents, réinterroge la spécificité historique de la résidence : concept d'ouverture et non de sectorisation des unités de vie.

Les résidents manifestent leurs sentiments d'inconfort, lorsque surviennent ces comportements impulsifs, et recherchent plus de sérénité.

Les professionnels se disent parfois démunis et démotivés de ne pas trouver la bonne conduite à tenir leur permettant d'anticiper ces montées de violence, et ainsi mieux les accompagner.

Mon rôle est de m'assurer que la résidence, s'appuyant sur les valeurs du groupe, répond toujours à sa mission : proposer une solution aux différents problèmes qui se trouvent associés au vieillissement et à la dépendance qui en découle.

L'accompagnement doit prendre en compte la diversité des pathologies, variables selon les individus et aussi, pour chacun d'entre eux, dans le temps.

La résidence doit tenir compte de l'évolution de la population accueillie et doit poser la recherche du bien-être des résidents comme finalité de son projet afin de maintenir la continuité de la qualité de l'accompagnement.

3 GARANTIR LA CONTINUITE DE LA QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT

En partant de ce projet général, je vous présenterai dans ce chapitre la déclinaison des objectifs opérationnels concrets et mesurables que j'ai identifiés.

Ce projet déjà mis en œuvre, au travers de la dynamique d'amélioration engagée depuis 2013, s'articule sur trois ans (2013-2016) et coïncide avec le renouvellement de la convention tripartite de la résidence.

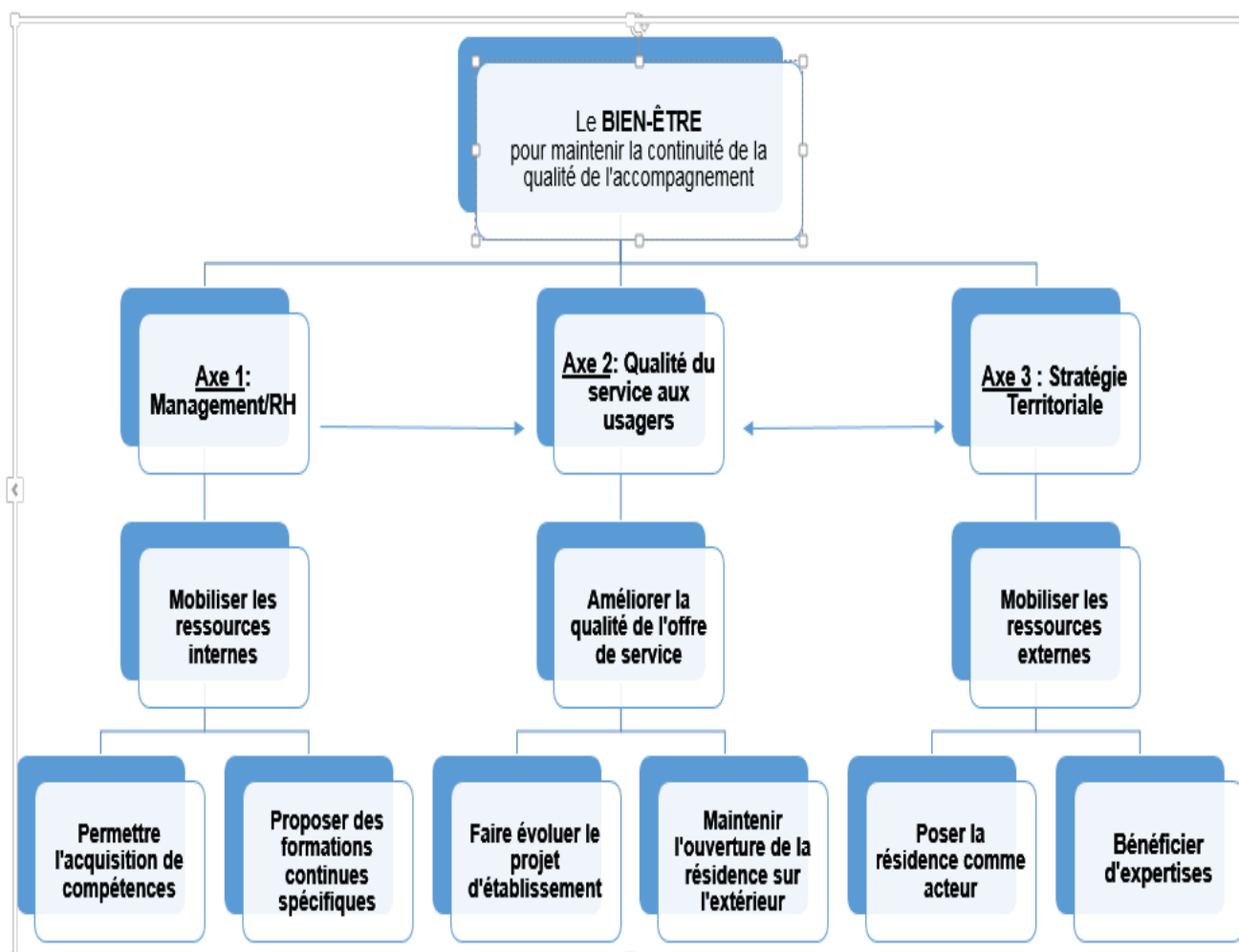
3.1 Du diagnostic au projet

Mon analyse des données recueillies repose sur trois critères me permettant de rendre compte du caractère performant de la résidence :

- Un critère de pertinence : avec les besoins et les attentes des personnes âgées présentant la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, compte tenu des évolutions dans l'accompagnement non-médicamenteux et la montée en charge des troubles psychiatriques. Pertinence qui est en lien avec les valeurs du groupe, l'évolution des politiques publiques et les besoins du territoire des Hauts-de-Seine. Ce critère permettant de donner du sens au projet.
- Un critère de cohérence : touchant à l'organisation interne de la résidence. Les ressources (techniques, financières, humaines) et les compétences doivent toujours être en évolution pour s'adapter aux besoins des résidents, aux lois et aux nouvelles techniques. Ce critère détermine les moyens à mettre en place.
- Un critère d'efficience : mettant l'accent sur la rationalisation et l'optimisation des ressources internes. Ce critère permet de mesurer l'efficience de la structure. (Rapport moyens/résultats)

L'utilisation de l'outil MOFF (Menaces, Opportunités, Forces et Faiblesses), dans la présentation de l'environnement externe et interne de la résidence, m'a permis de poser mon projet général "garantir la continuité de la qualité de l'accompagnement" sur l'arborescence présentée ci-dessous.

Ce projet s'appuie sur une finalité "le Bien-être des résidents" et se décline ensuite en trois objectifs opérationnels et pour chacun d'entre eux en fiches d'actions.



3.2 Présentation du Plan d'action

3.2.1 La Méthodologie

La mise en œuvre de ce projet, relevant d'un changement de type 1 dans une logique d'amélioration, est un exercice qui fait appel à mes principales compétences managériales:

- Produire : agir à la fois sur les trois axes opérationnels et obtenir des résultats mesurables
- Gérer : Coordonner l'avancée des travaux conduits dans les différentes instances
- Entreprendre : innover dans l'accompagnement des personnes accueillies

- Animer : entendre et lever les freins aux changements, redynamiser les acteurs de la démarche

Je conduits l'élaboration de ce projet avec la validation du président et du Directeur Général délégué aux opérations du groupe *Le Noble Age*.

De plus, l'expertise des services "Médical et qualité", "Ressources Humaines" et "communication" du groupe est aussi sollicitée.

Pour conduire ce projet, les instances suivantes ont été mises en place à différents niveaux:

- Le comité de pilotage est mis en place au sein de la résidence, instance politique et décisionnelle qui porte le projet : décide, évalue et valide aux différentes étapes du projet. Il se réunit deux fois par an.
Ce comité est composé du Président et du Directeur Général Délégué aux opérations, du directeur d'exploitation, du directeur médical et qualité représentants l'organisme gestionnaire, des représentants du personnel, des résidents, des familles et de moi-même.
- Le comité technique, instance organisationnelle, a la mission de la gestion du projet: recenser, évaluer et rechercher les ressources nécessaires au projet (budget, moyens humains, matériels et logistiques ...).

Il est composé d'un chef de projet (moi-même), du Médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice, du référent qualité, de la psychologue et de la coordinatrice d'activité. Sur la base d'un appel à candidature, ce comité s'étoffera d'un membre du personnel de chaque service et de représentants des résidents.

Ce comité, qui se réunit tous les mois, détermine le planning et les échéanciers, définit les différents pilotes en charge de conduire les actions du projet et suit l'avancée des travaux.

Les tableaux de bord⁷⁰ existants, dans le cadre de la démarche qualité, sont privilégiés car les équipes se les sont déjà bien appropriés. Afin de compléter ces plans d'actions et ainsi assurer le bon suivi du projet, l'outil de planification GANTT sera proposé.

En effet, des actions sont déjà en cours pour la réalisation d'ateliers thérapeutiques et de formations spécifiques. Le budget animation 2014 a été élaboré en tenant compte des

⁷⁰ **ANNEXE XII** : exemple de tableau de bord

coûts de financement des ateliers, le financement de formations spécifiques à l'intention du personnel ont été accordés par l'ARS grâce à des crédits non reconductibles (formation aux soins relationnels, formation Snoezelen⁷¹...).

De plus, dans le cadre du programme de rénovation de la résidence, des tableaux sensoriels à but thérapeutiques ont été installés en début d'année. Il est donc nécessaire de recenser les actions en cours et celles à venir au sein d'un outil unique.

- Des groupes de travail, instances opérationnelles, réunissent les différents acteurs qui sont en charge de conduire les actions du projet.

La coordination de ces groupes est confiée à la référente qualité, personne compétente et déjà reconnue des équipes concernant le suivi des actions en lien avec la politique d'amélioration.

Sur la base de la planification GANTT, les groupes de travail se réunissent tous les 15 jours et un bilan de l'avancement des travaux est réalisé lors de chaque staff Qualité. La pluridisciplinarité de ce groupe est source d'une dynamique d'échanges constructifs favorisant l'adhésion de chacun au projet.

Les travaux réalisés sont ensuite présentés au Conseil de la Vie Sociale pour lever des éventuelles incompréhensions et définir ensemble la dynamique à adopter pour la diffusion à l'ensemble des résidents et des familles de la résidence.

Aux différents stades de l'élaboration du projet, mon rôle est de veiller à la réalisation des objectifs du cahier des charges et du plan d'action (GANTT) mais aussi d'effectuer, dans le respect du calendrier fixé, les réajustements nécessaires au fur et à mesure du déroulement des opérations.

3.2.2 Présentation des fiches d'actions

Mon attention est portée sur l'animation des équipes, je veille tout particulièrement à identifier et anticiper les résistances humaines ou organisationnelles possibles (inertie des équipes, critique et incompréhension du projet, carences de proposition, difficultés de mise en œuvre d'ateliers, recherche de subventions financières ...). J'adopte donc une posture centrée sur l'écoute et une communication adaptée en fonction des difficultés rencontrées, en rappelant le sens et les objectifs du projet.

⁷¹ Atelier thérapeutique multisensoriel créé en Hollande dans les années 70 : www.snoezelen-france.fr

Pour lancer le projet, j'ai organisé une réunion pour présenter la démarche et le planning du projet à l'ensemble des salariés, des résidents et des représentants des familles. De plus, des temps d'échanges sont régulièrement (1x/trimestre) proposés afin de réaliser des retours périodiques sur l'avancée des actions afin d'encourager et de remobiliser. Un relevé de conclusion est réalisé après chaque rencontre.

AXE 1 : Management et Ressources Humaines : mobiliser les ressources internes

- Action 1 : Permettre l'acquisition de compétences

Titre : Permettre l'acquisition de compétences des professionnels
--

<p style="text-align: center;"><u>Objectif</u></p>

<p>Maintenir la dynamique de formation, d'apprentissage et de soutien pour limiter l'usure professionnelle.</p>

<p>Apporter des compétences nouvelles pour l'accompagnement des troubles du comportement sévère.</p>
--

<p>Se traduisant par :</p>

<p>Au sein de la résidence</p>

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- La réalisation des entretiens professionnels annuels pour 100% des salariés : permettre de repérer les besoins formalisés en formations, en mobilité...- La mise en œuvre de formations qualifiantes : formation d'Aides-soignantes, d'Aides-Médico-Psychologique, Assistantes de soins en gériatrie- La mise en œuvre de formations professionnelles : DU douleur, formation aux soins relationnels, formation Snoezelen, formation informatique (Word, Excel, Net soins), formation "Etat d'esprit, micro-climats de travail et qualité de prise en charge des résidents" par BMS Support...- La formalisation et la mise en place d'une procédure "gestion de crise" |
|--|

<p>Au niveau du groupe</p>

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Suivre la mise en œuvre de la politique de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de la réforme professionnelle : compte personnel de formation (CPF) et entretien professionnel de formation (tous les 2 ans)- Suivre la formalisation du Document Unique de Délégation et sa déclinaison sur les établissements- Suivre l'évolution de l'outil informatique Net Soins et son extension au service hôtellerie et restauration |
|--|

<p>Pilotes : L'équipe de direction</p>

Echéancier :

Entretiens professionnels : chaque année, trimestre 1

Formations Qualifiantes échelonnées sur les 3 ans du projet : Aides-soignantes (sur période d'1 an), AMP (sur période de 2 ans), Assistantes de soins en gérontologie (sur période de 6 mois).

Formations professionnelles échelonnées sur les 3 ans du projet : Snoezelen en 2014, Soins relationnelles et DU Douleur en 2015, formation informatique et Formation BMS en 2015 et 2016

Procédure "gestion de crise" : 1^{er} trimestre 2015

Coûts :

Formation qualifiantes (extra établissement) : 60 000 euros coût pédagogique et coût de remplacements pour 3 personnes /an

DU Douleur (extra établissement) : 11 000 euros pour 1 infirmier

Formation BMS support (inter établissement : 22 500 euros

Formation Snoezelen (inter établissement) : 3750 euros pour 10 soignants

Formation informatique Word/Excel (extra établissement) : 1300 euros /3 jours

Formation soins relationnel (extra établissement) : 14 000 euros coût pédagogique et coût de remplacement pour l'ensemble des soignants

Formation Net Soins : gratuit intra établissement par référent Net Soins

Matériel informatique : achats et renouvellements : 3000 euros /an

Ressources Mobilisées

- **Ressources humaines** : référente qualité, infirmiers, soignants et ASH en nombre satisfaisant permettant la réorganisation du travail pour dégager du temps pour les petites formations. Pour les formations qualifiantes, remplacements effectués par des vacances.
- **Ressources matériel et technique** : matériel informatique présent et achats programmés
- **Ressources financières** : accord de prise en charge obtenu par l'OPCA pour les formations qualifiantes (coûts pédagogique et remplacements), Crédits Non Reconductibles reçus par l'ARS en 2013 et 2014 pour les formations professionnelles hors informatique, formation informatique et matériel sur le budget de la résidence (investissements et Plan de formation)

Evaluation :

- Progression du nombre d'entretiens annuels effectués pour atteindre 100% en mars 2015
- Réalisation du plan de formation (formations qualifiantes et professionnelles)
- Procédure "gestion de crise" en place et appropriation des équipes

- Action 2 : Proposer des formations continues spécifiques

<p>Titre : proposer des formations continues spécifiques aux professionnels</p>
<p style="text-align: center;"><u>Objectif</u></p> <p>S'approprier les bonnes pratiques professionnelles et mettre en œuvre une veille à la Bienveillance.</p> <p>En mesurer les effets sur la qualité de l'accompagnement des résidents et l'aide apportée aux aidants.</p> <p>Se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place de l'analyse des pratiques et un travail autour des RBPP du secteur, actuelles et à venir : "La Bienveillance", "l'accompagnement des personnes Alzheimer en EMS", "Qualité de vie en EHPAD", "Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée", "Les relations avec les familles et les proches : aide aux aidants" - La mise en place et le suivi d'un plan de formations internes : l'hydratation principe d'hygiène, gestion des troubles du comportement, vaccination grippale... - La poursuite du déploiement de la Bienveillance : formation annuelle et formation SOLRES "Construire une relation positive avec les familles", positionnement d'Ambassadeurs Bienveillance et d'un comité Bienveillance
<p>Pilotes : l'infirmière coordinatrice et la psychologue</p>
<p>Echéancier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse des pratiques : dès janvier 2015, par psychologue sur temps dédié hebdomadaire du jeudi après-midi, dans un premier temps pour les soignants et ensuite pour l'ensemble du service hôtelier. - Formations internes : immédiat, plan annuel réalisé par l'IDEC en collaboration avec le MEDEC et la psychologue. Temps dédié chaque jeudi (1h30) - Déploiement de la Bienveillance : formation annuelle en interne (psychologue) et par SOLRES 92 en externe. Ambassadeurs et Comité Bienveillance pour 2^{ème} trimestres 2015
<p>Coûts :</p> <p>Formation par Solres92 "Construire une relation positive avec les familles" : 23 000 euros coût pédagogique</p>

Ressources Mobilisées

- **Ressources humaines** : psychologue à plein temps, infirmiers, soignants et ASH en nombre satisfaisant permettant la réorganisation du travail pour dégager du temps pour les petites formations. Pour la formation Solres92, remplacements effectués par des vacances.
- **Ressources matériel et technique** : salle de formation, équipement pour vidéo projection et tableau
- **Ressources financières** : Crédits Non Reconductibles 2013 acceptés par ARS pour la formation SOLRES92

Evaluation :

- Nombre de formations internes réalisées (rapport médical annuel) et nombre de participants
- Formation SOLRES92 réalisée
- Ambassadeurs et Comité Bientraitance en place et actif

AXE 2 : Qualité de service aux usagers : Améliorer la qualité de l'offre de service

- Action 1 : faire évoluer le projet d'établissement

Titre : Faire évoluer le projet d'établissement
<p style="text-align: center;"><u>Objectif</u></p> <p>S'approprier la RBPP "Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service" et les recommandations de l'évaluation externe comme ligne conductrice.</p> <p>Se traduisant par :</p> <p>Au sein du groupe</p> <ul style="list-style-type: none">- Réévaluer la trame architecturale du projet d'établissement et identifier, dans chaque volet, les facteurs de qualité de vie en référence au programme "Qualité de vie en EHAP" de l'ANESM <p>Au sein de la résidence</p> <ul style="list-style-type: none">- Utilisation du projet d'établissement comme outil de pilotage : révisé chaque année pour alimenter le rapport d'activité, les préparations budgétaires et les comptes administratifs- Suivi des projets personnalisés des résidents : présents et annualisés- Faire évoluer l'offre de service en réponse aux attentes et besoins des personnes accueillies : Médiation animal avec l'adoption d'un chien d'accompagnement social avec l'association <i>Handi'Chien</i>, création de pictogrammes
Pilote : La référente qualité
Echéancier : Projet d'établissement : nouvelle trame pour 2015 puis mise à jour annuelle Projets personnalisés à jour pour 100% des résidents : 1 ^{er} trimestre 2015 et planification de 3 PP/semaine sur temps dédié les lundis après-midi Adoption d'un chien : 2014 à pérenniser sur les années à venir Création de pictogrammes pour faciliter la communication avec les résidents : 3 ^{ème} trimestre 2015
Coûts : <ul style="list-style-type: none">- Projet <i>Handi'Chien</i> : 9000 euros la première année (formations des référents, achat matériels, nourriture, assurance, suivi vétérinaire...) puis 5000 euros les années suivantes

Ressources Mobilisées

- **Ressources humaines** : Coordinatrice d'activités sociales et culturelles à plein temps, présence des maîtresses de maison, projets thérapeutiques portés par la psychologue et la psychomotricienne. Investissement du kinésithérapeute. Nombre de soignants facilitant l'organisation des ateliers.
- **Ressources matériel et technique** : salle Snoezelen, Espace balnéothérapie, jardin thérapeutique
- **Ressources financières** : budget interne annuel : animation

Evaluation :

- Projet d'établissement, comme outil de pilotage conforme aux RBPP et mis à jour annuellement
- 100% de projets personnalisés fin mars 2015
- Projet *Handi'Chien* en place et pérennisé
- Utilisation de pictogrammes

- Action 2 : maintenir l'ouverture de la résidence sur l'extérieur

<p>Titre : Maintenir l'ouverture de la résidence sur l'extérieur</p>
<p style="text-align: center;"><u>Objectif</u></p> <p>Ouvrir l'établissement sur l'extérieur au travers de son projet vie sociale et culturelle : faire venir et aller vers les autres.</p> <p>Se traduisant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'élaboration du projet de vie sociale et culturelle et le mettre à jour annuellement - Favoriser les activités intergénérationnelles : construire un projet avec une école, un centre de loisirs ou l'école de musique - Participer à la journée mondiale sur la maladie d'Alzheimer (21 septembre) : cette année, journée portes ouvertes à la découverte du jardin thérapeutique en participant à un atelier floral et en profitant d'un buffet aux saveurs du jardin - Poursuivre le développement des partenariats et contacts en place : avec le salon de thé des "Avelines" qui a adapté sa carte aux textures mixées, avec la paroisse de Garches (messe et groupe de prière), avec le professeur de guitare de l'école de musique (concert), avec le restaurant italien - Accueillir des expositions artistiques et des concerts au sein de la résidence et l'ouvrir au public
<p>Pilote : la Coordinatrice d'activités sociales et culturelles</p>
<p>Echéancier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecriture Projet vie sociale et Culturelle : deuxième trimestres 2015 puis révision annuelle - Projet intergénérationnel : à construire sur 2015 pour mise en place en 2016 - Journée Mondiale Alzheimer : préparation chaque année de mai à juin, en staff animation, pour évènement différent chaque année le 21 septembre. - Recherche d'expositions et de concerts sur le premier trimestre 2015 pour la planification d'évènementiels en 2015 et 2016
<p>Coûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Journée Mondiale Alzheimer : 800 euros pour la préparation du jardin thérapeutique et de l'atelier floral. Coût du buffet pris sur la ligne budgétaire interne d'alimentation (pas de surcoût)

Ressources Mobilisées

- **Ressources humaines** : Coordinatrice d'activités sociales et culturelles à plein temps, présence des maîtresses de maison et nombre de soignants facilitants les projets. Arthérapeute et musiciens intervenant sur la résidence depuis de nombreuses années
- **Ressources matériel et technique** : espaces extérieurs et intérieurs adaptés et accueillants
- **Ressources financières** : budget annuel interne : animation et alimentation, participation financière possible des résidents pour les sorties

Evaluation :

- Projet de vie sociale et culturelle écrit et annualisé
- Projet intergénérationnel en place
- Nombre de partenariats fidélisés et nombre de nouveaux partenariats formalisés
- Nombre de sorties et d'évènementiels
- Nombre d'exposition et de concerts

AXE 3 : Stratégie territoriale : mobiliser les ressources externes

- Action 1 : Poser la résidence comme acteur

Titre : Poser la résidence comme acteur sur le territoire (commune, villes voisines et département)

Objectif

Participer à la vie de la cité et inscrire la structure dans le paysage local.

Permettre que la résidence soit utilisée comme centre ressources.

Se traduisant par :

Au sein de la résidence :

- **L'inscription de l'établissement à la construction de la MAIA** centre 92
- **La réalisation d'articles dans le journal de la commune** pour faire connaître le projet d'établissement (ateliers thérapeutiques, évènementiels....)

Au sein du groupe :

- **Participation à la journée de l'IFRAD** concernant la recherche sur la maladie d'Alzheimer (cette année le 23/09)
- **Réponse à l'appel à candidature de l'ARS IDF** concernant la création d'un réseau de santé mentale sur le département
- **Suivi des projets PAERPA** et de leurs applications à venir sur l'ensemble des régions

Pilote : La direction accompagnée par le groupe

Echéancier :

- **Participation à l'élaboration de la MAIA :** débuté en avril 2014 ouverture des gestions de cas en novembre 2014. Poursuivre participation à la table tactique en 2015
- **Articles dans la presse locale :** création d'articles lors de chaque évènementiel ou atelier innovant. Parution d'un article par trimestre transmis à la journaliste locale dès 2015
- **Participation à la journée de l'IFRAD :** préparation débuté chaque année dès février par la cellule communication de la résidence
- **Réponse à l'appel à candidature :** date butoir 30/09/2014
- **Suivi des projets PAERPA :** attente retour des projets pilotes et du rapport intermédiaire du Comité de pilotage CODEV en 2015 et du rapport final en 2017

Coût :

- **Participation financière à l'IFRAD :** 25 000 euros

Ressources Mobilisées

- **Ressources humaines** : cellule communication en place, services supports du siège (communication)
- **Ressources matériel et technique** :
- **Ressources financières** : budget interne annuel : publicité / communication/événementiel

Evaluation :

- Participation effective à la MAIA centre 92
- Nombre d'articles parus
- Participation à la journée de l'IFRAD
- Inscription au réseau de santé mentale

- Action 2 : Bénéficiaire d'expertises

Titre : Bénéficiaire d'expertise pour accompagner les résidents présentant des troubles du comportement majeurs

Objectif

S'approprier la RBPP " Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée: prévention, repérage, accompagnement" afin de :

- favoriser la stabilité de l'accompagnement de la personne
- rechercher les ressources extérieures mobilisables
- renforcer la coordination et la complémentarité des actions mises en œuvre dans le parcours de soins de la personne

Se traduisant par :

- la consolidation de l'intervention du psychiatre sur la résidence : augmentation du temps de présence, participation aux réunions médicales, entretiens avec les familles
- la construction d'un partenariat avec la clinique de gérontopsychiatrie récemment ouverte sur la commune : mutualisation de formations, réactivité en cas d'hospitalisation, échanges et visites des équipes respectives, intervention d'équipe mobile....

Pilote : Le médecin coordonnateur

Echéancier :

- Augmentation du temps de présence du psychiatre : 2 demi-journées dès janvier 2015
- Signature d'une convention avec la clinique de gérontopsychiatrie au 1^{er} trimestre 2015

Ressources Mobilisées

- **Ressources humaines :** temps de présence journalier du médecin coordonnateur, psychiatre investi
- **Ressources matériels et techniques :** proximité de la clinique
- **Ressources financières :** consultations du psychiatre prises en charge par la sécurité sociale et la mutuelle des résidents

Evaluation :

- Temps de présence du psychiatre augmenté
- Nombre de consultations et de rendez-vous avec les familles
- Convention signée et effective avec la clinique de gérontopsychiatrie (annualisée)
- Diminution du nombre d'hospitalisations pour gestion des troubles du comportement majeurs
- Diminution du Nombre de recours à la médication

3.3 L'évaluation du projet

L'évaluation du projet dans sa globalité sera mesurable à deux niveaux :

- Son efficacité, pour les résidents, leurs familles et les professionnels. Elle sera évaluée sur la base d'indicateurs spécifiques pour chaque axe opérationnel.
- Son efficience, pour les supérieurs hiérarchiques du groupe et les autorités de contrôle. Elle sera évaluée sur la rationalisation et l'optimisation des ressources internes de la résidence.

3.3.1 L'évaluation des objectifs

Je poserai l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs spécifiques identifiés pour chaque fiche d'actions.

Pour une meilleure visibilité mais aussi pour valoriser l'avancée du travail, un tableau d'indicateur de suivi sera réalisé pour chaque axe opérationnel du projet. Sous la coordination de la référente qualité, ce tableau sera mis à jour lors des staffs qualité et sera affiché à l'attention des équipes.

Des outils plus ludiques et lisibles seront envisagés pour communiquer sur le suivi des résultats aux résidents et leurs familles. Aussi les modes de communications actuels serviront de supports : journal interne, tableaux d'affichages, mailings...

L'implication des responsables de service mais aussi des équipes de terrain dans le process d'évaluation sera facilitée par le fait qu'une "culture qualité" est initiée depuis trois ans. L'établissement a posé son organisation en mode projet, les temps d'échange et de travail sont déjà formalisés.

Néanmoins, j'identifie l'axe opérationnel tourné sur la mobilisation des ressources externes comme plus difficilement réalisable. En effet, ces actions nécessitent du temps et de l'investissement dans leur mise en œuvre. Or, la notion de temps peut-être un frein dans l'adhésion des équipes soignantes qui attendent des résultats immédiats de leurs actions et ont souvent des difficultés à projeter des résultats à moyen ou à long terme. Je serai donc attentive à encourager et valoriser l'avancement des actions de cet axe afin de motiver les professionnels.

Le comité de pilotage tiendra compte aussi des effets inattendus pour réajuster l'avancée des actions et au besoin modifier les axes opérationnels et les indicateurs de suivi.

3.3.2 L'impact du projet

L'impact du projet sera mesuré sur la base d'un faisceau d'indices partagés afin d'évaluer la finalité du projet : "le bien-être" pour maintenir la continuité de la qualité de l'accompagnement.

Pour les résidents, les indices retenus pourront être : l'expression d'un sentiment de sécurisation, de plaisir, de sérénité se traduisant par des symptômes précis comme la baisse du nombre d'hospitalisations et la diminution de prises médicamenteuses.

Pour les professionnels, l'impact pourra être mesuré au regard d'un bon climat social, d'une cohésion d'équipe, du maintien du bon taux d'absentéisme actuel, de l'implication du plus grand nombre dans les différents travaux, du partage des valeurs du groupe.

Pour les familles, l'impact pourra être mesuré au travers des différents temps d'échange : réunions, fêtes et évènements.

Les questionnaires annuels de satisfactions seront aussi le moyen d'évaluer l'impact du projet sur les résidents et leurs familles.

Enfin, les recommandations du rapport d'évaluation externe et la poursuite de la démarche qualité seront les leviers que j'utiliserai pour réinterroger le projet et maintenir les équipes dans une dynamique de travail tournée sur les attentes et besoins des résidents.

Conclusion

Le projet est maintenant engagé, il permet de développer la démarche qualité au sein de la résidence.

Il sera, bien entendu, complété par les actions à mener suite à l'évaluation externe, pour lequel j'attends toujours le pré-rapport.

Parmi tous les axes préconisés, la création du comité Bientraitance avec les ambassadeurs sera de toute évidence à privilégier, pour la bonne et simple raison qu'il va permettre l'expression des résidents et de leurs familles et la prise en compte de leurs paroles par les professionnels.

Tout est en place en interne pour améliorer la bientraitance et maintenir la continuité de la prise en charge dans une recherche du bien-être toujours amélioré de la personne accueillie. Il me reste à conduire avec force l'ouverture de l'établissement dans son environnement.

Le chien d'accompagnement social confortera cette démarche car il insufflera encore plus d'humanité, de spontanéité et d'inventivité dans l'accompagnement des résidents.

La médiation animale, faisant partie intégrante de la relation à l'autre et du lien social, a un effet "catalyseur" qui vient faciliter et provoquer les interactions et la communication avec les autres. Elle viendra animer les liens sociaux entre les résidents et les soignants en interne et la personne rencontrée lors des sorties en ville : l'animal est sans aucun doute vecteur de communication.

Voilà un exemple concret de Bientraitance parce que le chien éduqué permet le vivre ensemble, un plaisir ressenti et partagé.

L'inscription de la résidence dans le nouveau schéma départemental sera aussi l'opportunité, pour les quatre ans à venir, de s'associer au développement de l'offre de service de psycho-gériatrie, aux projets de mutualisations et d'intégration au sein des réseaux locaux.

Aussi, comme je vous l'ai présenté, j'ai reçu l'accord de principe du siège pour répondre à l'appel à candidature de l'ARS pour la création d'un parcours de santé psychiatrique. J'attends l'arrivée du courrier officiel pour engager officiellement la résidence dans cette démarche.

Si *La Villa d'Epidaure* a su comprendre les enjeux de la maladie d'Alzheimer et proposer un cadre de vie innovant dès son ouverture, elle relève aujourd'hui de nouveaux défis pour garantir la continuité de la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies.

Cette première expérience de direction a nourri ma réflexion et a confirmé ma volonté de conduire la résidence dans cette dynamique.

Bibliographie

Ouvrages

Référence en lien avec le public et l'établissement

- BADEY- RODRIGUEZ C., 1997, *Les personnes âgées en institution : vivre ou survivre*", 1^{ère} édition, Paris : Séli Arslan, 192p.
- CHARAZAC P., 2001, *Introduction aux soins géro-psycho-geriatrique*", 1^{ère} édition, Paris : Dunod, 177p.
- FIEL N., BLANCHARD F., ROUX-BRIOUD J., 2005, *Validation mode d'emploi : Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence*, 1^{ère} édition, édition Lamarre, 200p.
- GINESTE Y., PELISSIER J., 2007, *L'Humanité, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, 1^{ère} édition, Armand colin, 320p.

Référence en lien avec le management

- BARON X., 2012, *La performance Collective : repenser l'organisation des travailleurs du savoir*, 1^{ère} édition, Paris : Liaisons, 171p.
- BECHLER P., POURPRIX B., 2005, *Le management des compétences en action sociale et médico-sociale*, 1^{ère} édition, Paris : Dunod, 426p.
- LEFEVRE P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-social*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 493p.

Article de périodique et recommandations

- CHARAZAC P., mai 2006, "Réflexion sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard", *L'information psychiatrique*, volume 82, n°5, p. 384
- ANESM, 2008, *Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 43 p.
- ANESM, 2009, *Accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en établissement médico-social*, 39 p.
- ANESM, 2010, *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement et de service*, 74 p.
- ANESM, 2011, *Qualité de vie en EHPAD : volet 1*, 65 p.
- ANESM, 2011, *Qualité de vie en EHPAD : volet 2*, 57 p.
- ANESM, 2014, *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée*, 81 p.

Rapports, schémas,

- ANCRAI Pôle d'étude, recherche et observatoire, 2011, *Rapport : comparaison Nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale*, Articulation entre le sanitaire et le médico-social, p. 24, (visité le 27.04.2014) Disponible sur internet : www.ancrai.org
- INSERM, 2007, *Rapport : Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*, (visité le 27.02.2014), Disponible sur internet : www.inserm.fr
- KPMG, 2013, *Rapport : Observatoire des EHPAD*, (visité le 25.10.2013), Disponible sur internet : www.kpmg.fr
- Ministère des affaires sociales et de la Santé, 2008, *Plan Alzheimer 2008-2012*, mesures 4 et mesure 16, (visité le 10.06.2014), Disponible sur internet : www.plan-alzheimer.gouv.fr
- Ministère des affaires sociales et de la Santé, 2013, *Rapport d'Evaluation du Plan Alzheimer 2008-2012*, (visité le 10.06.2014), Disponible sur internet : www.plan-alzheimer.gouv.fr
- Ministère des affaires sociales et de la Santé, 2013, *Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA*, (visité le
- Conseil général des Hauts-de-Seine, 2014, *Schéma départemental de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées 2014-2018*, (visité le 6.08.2014), Disponible sur internet : www.hauts-de-seine.net

Décrets, lois, circulaires

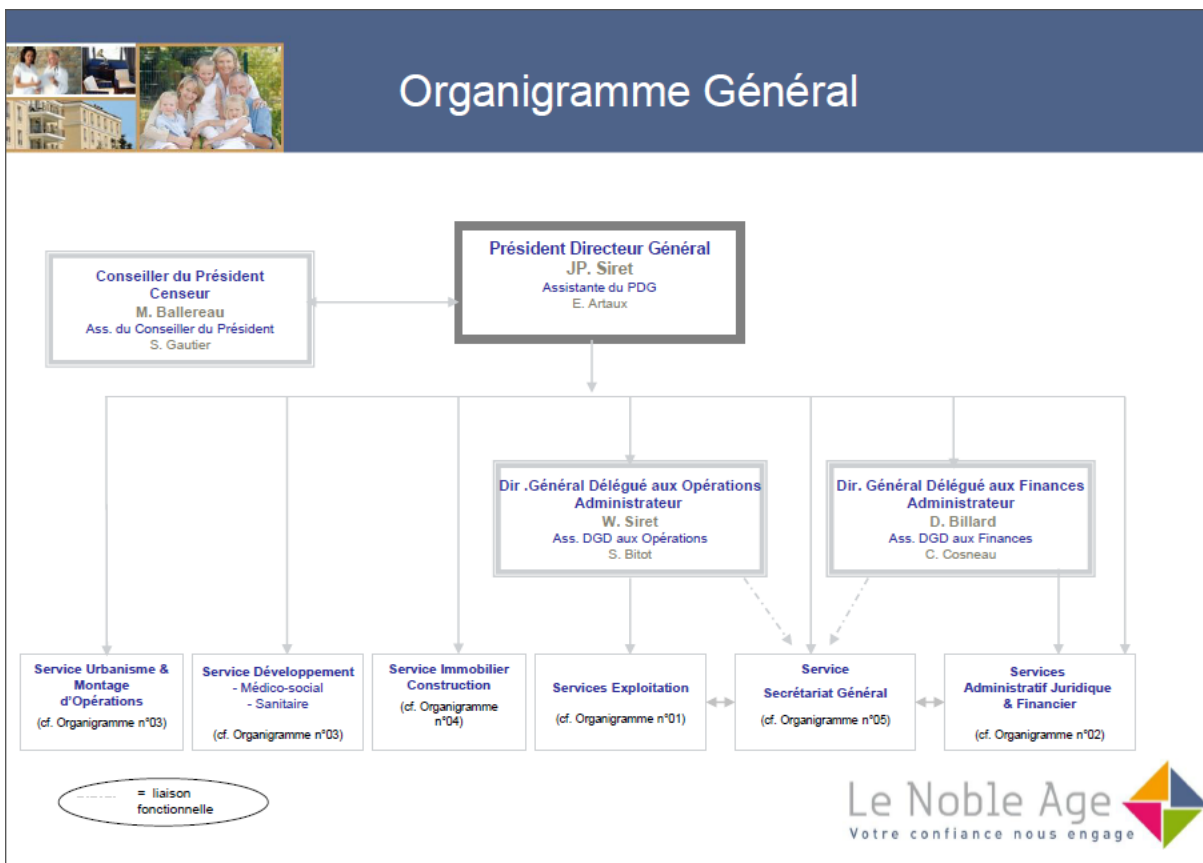
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, (visité le 20.05.14), disponible sur internet : www.legifrance.fr
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, (visité le 20.05.14), disponible sur internet : www.legifrance.fr
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, (visité le 20.05.14), disponible sur internet : www.legifrance.fr
- Projet de réforme de la formation professionnelle, 2014, (visité le 25.8.14), disponible sur internet : www.gouvernement.fr

Sites internet

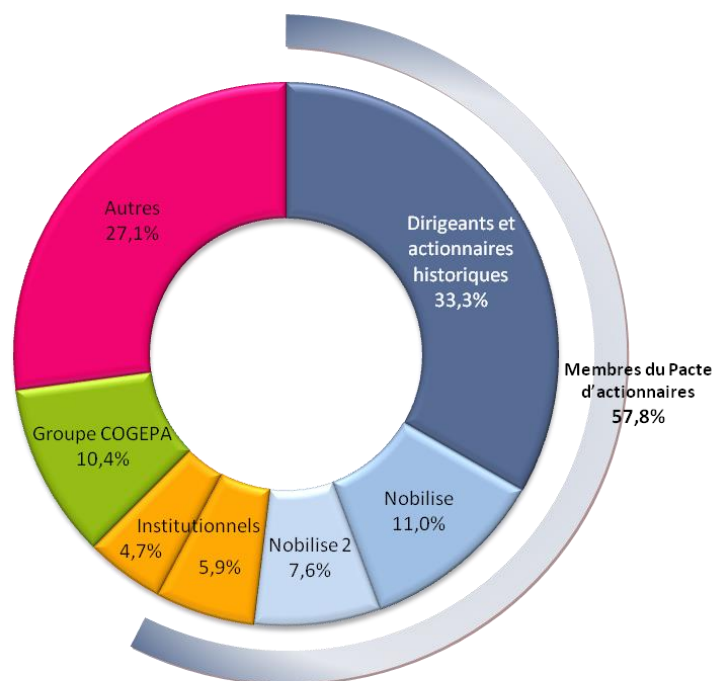
- Fondation pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer. Site officiel du groupe. (visité le 10.09.14), disponible sur internet : www.fondationifrad.org
- Le Noble Age groupe. Site officiel du groupe. (visité le 10.09.2014), disponible sur internet : www.lenobleage.fr
- Snoezelen France, Site officiel de l'accompagnement psycho-corporel. (visité le 20.06.2014), disponible sur internet : www.snoezelen-france.fr

Liste des annexes

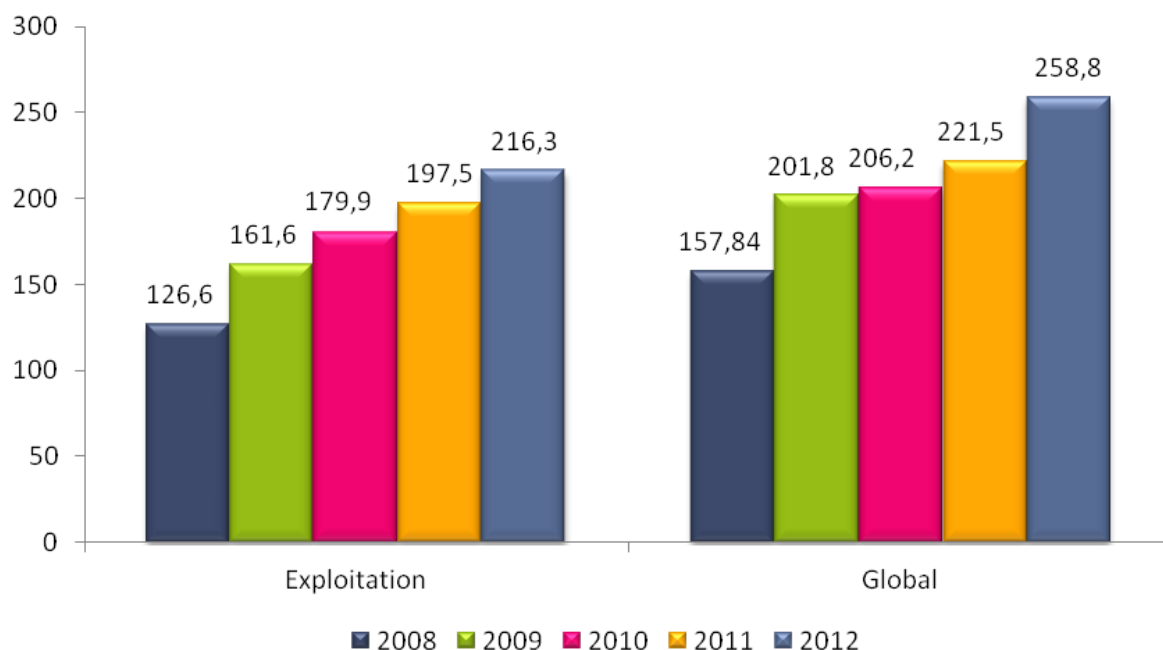
- ANNEXE I : Organigramme général LNA, chiffres financiers, cartographie du groupe
- ANNEXE II : Nouvelles valeurs du groupe LNA
- ANNEXE III : Organigramme de *La Villa d'Epidaure*
- ANNEXE IV : Graphique répartition des salariés hommes/femmes par âge
- ANNEXE V : Graphique répartition des salariés hommes/femmes par ancienneté
- ANNEXE VI : Planning hebdomadaire des réunions de la résidence
- ANNEXE VII : Les 5 principes directeurs de la politique qualité du groupe
- ANNEXE VIII : Sommaire du référentiel groupe "Guide Pratique du Succès"
- ANNEXE IX : Schéma de la boucle de la Qualité
- ANNEXE X : Statistiques, prévalences et coût de la maladie d'Alzheimer
- ANNEXE XI : Questionnaire
- ANNEXE XII : Exemple de tableau de bord



Structure du capital au 30/06/2013

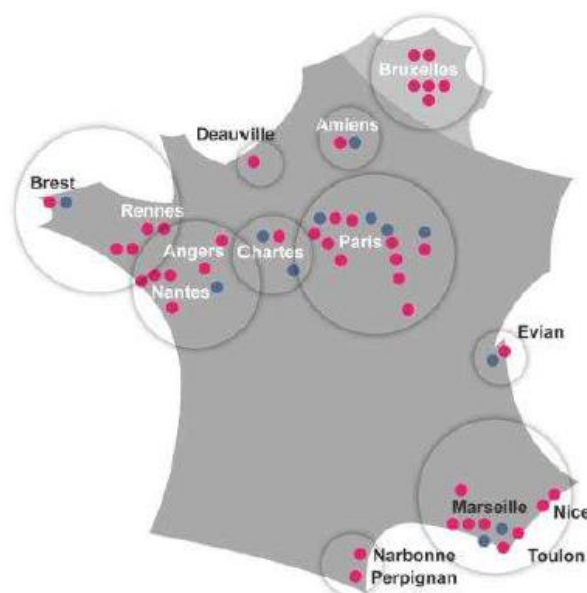
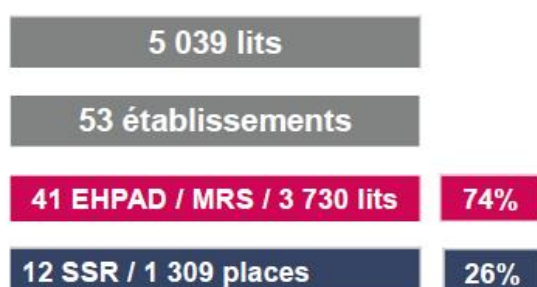


Chiffre d'affaires Exploitation et Global (en M€)



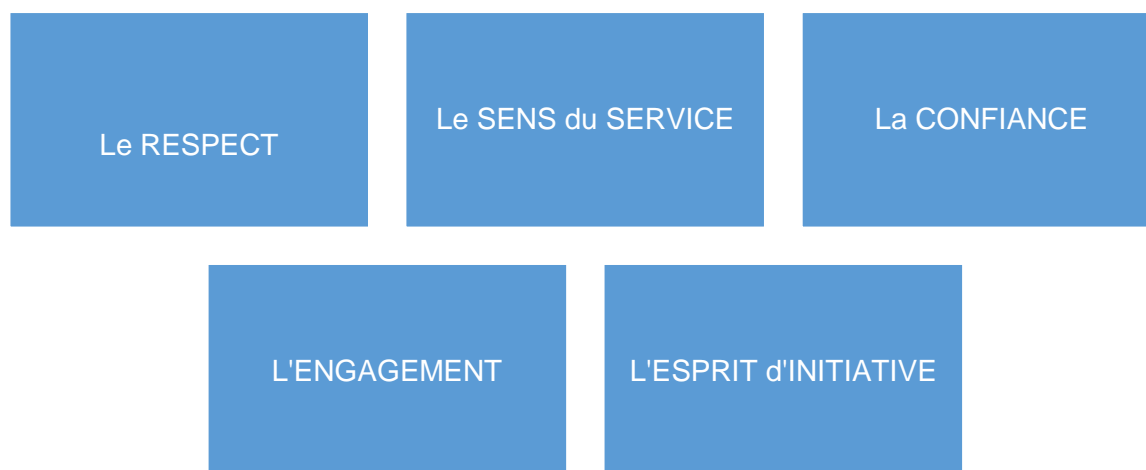
Les établissements du Noble Age

Les établissements du Noble Age



VALEURS ET PRINCIPES DE MANAGEMENT DU GROUPE LE NOBLE AGE (2014)

L'ETHIQUE



Le RESPECT : Valeur fondamentale du **vivre ensemble**, Savoir-être fondé sur la **bienveillance** et l'**humanité**.

Le SENS du SERVICE : Valeur au cœur de notre **relation à l'autre**, Volonté de **donner du sens** à nos actions, Exigence d'un **service adapté** et personnalisé.

La CONFIANCE : Valeur au cœur de notre **pacte** avec les différentes parties prenantes, Volonté d'inscrire dans la durée des **liens équilibrés**, Base de notre travail en **équipe** et en **réseau**.

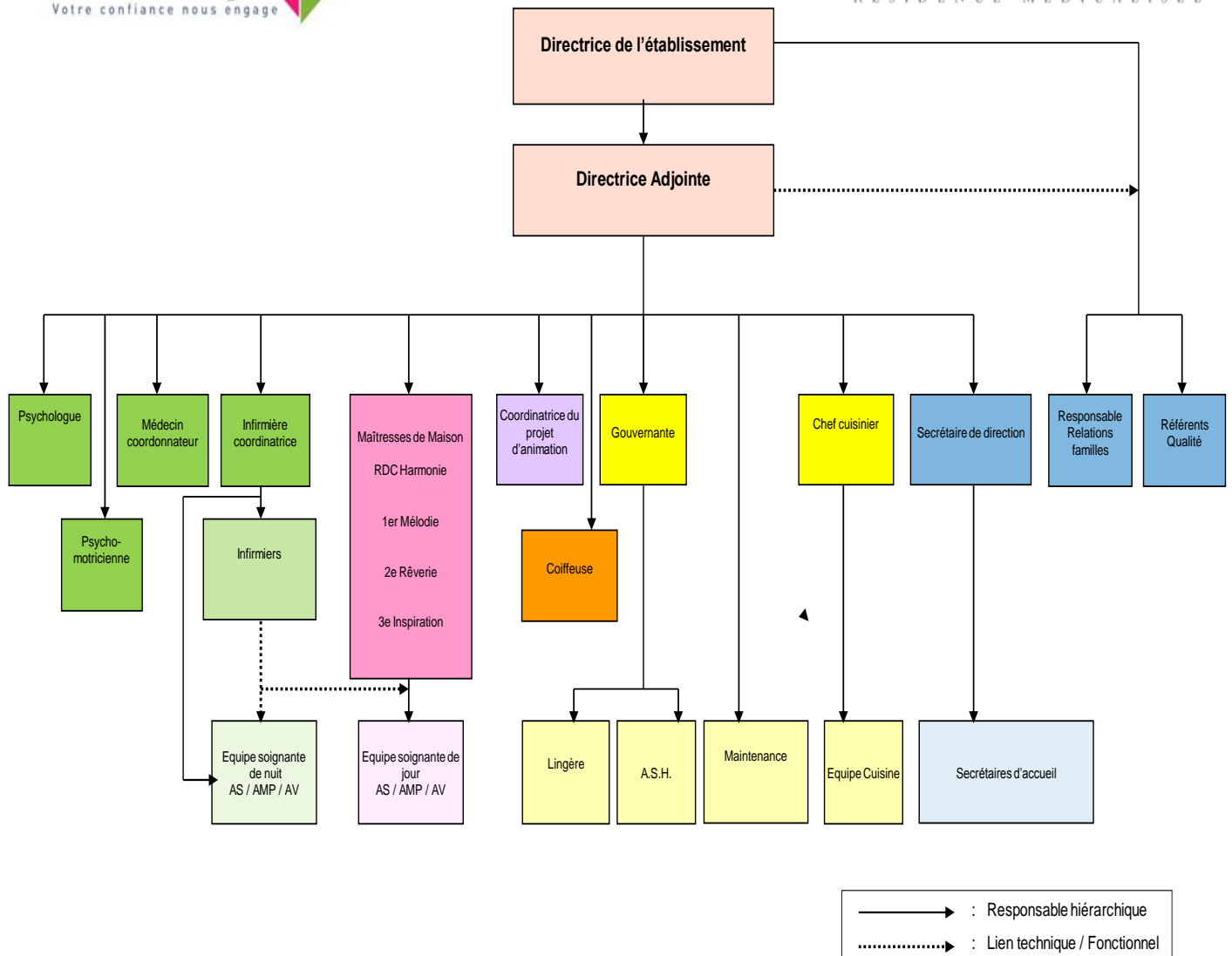
L'ENGAGEMENT : Valeur qui **implique** chacun dans la réalisation d'objectifs compris et partagés, Volonté de **répondre** aux évolutions sociales et sociétales, Notre culture d'entreprise basée sur l'investissement, la **responsabilité** collective et individuelle.

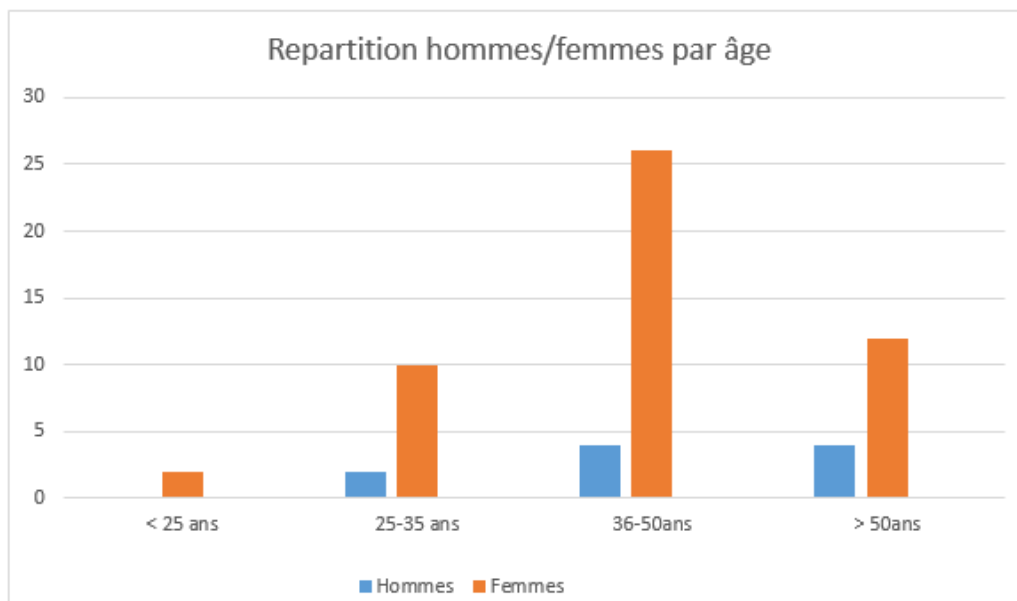
L'ESPRIT d'INITIATIVE : Valeur historique de notre entreprise basée sur l'**entrepreneuriat** Promotion du développement et de l'innovation avec **enthousiasme /audace et vision / anticipation** de nos métiers.

ORGANNIGRAMME DE LA RESIDENCE

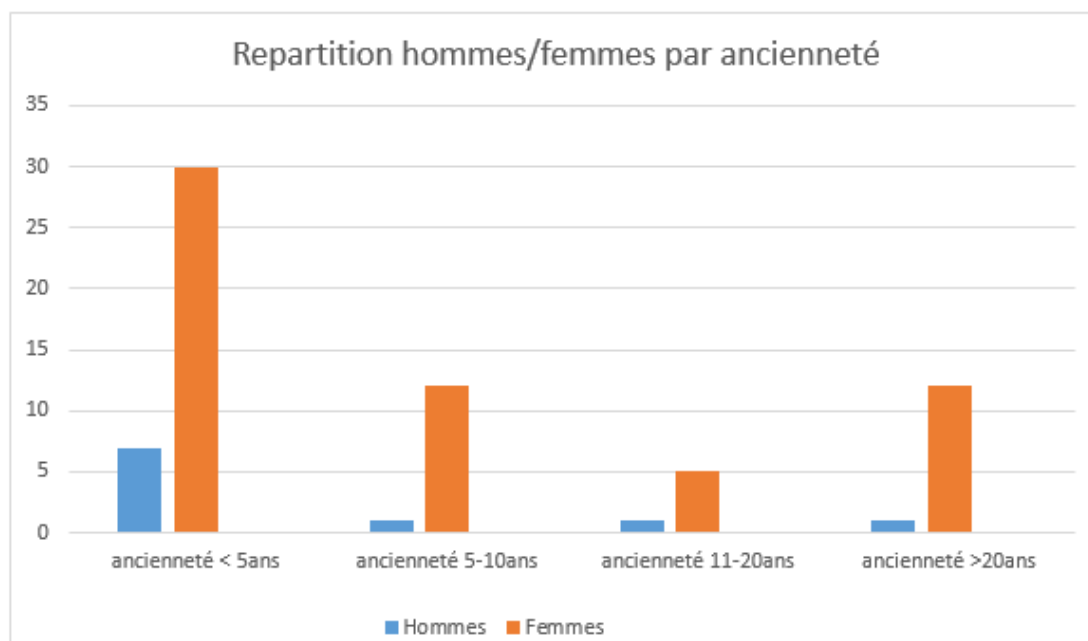


VILLA D'EPIDAURE GARCHES
RÉSIDENCE MÉDICALISÉE



Répartition des salariés hommes/femmes par âge

Zone de graphique

Répartition des salariés hommes/femmes par ancienneté

Planning Hebdomadaire des réunions

ANNEXE VI

VILLA D'EPIDAURE GARCHES
RÉSIDENCE MÉDICALISÉE

Le Noble Age
Votre confiance nous engage

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
9h00 – 9h30					
9h30 – 10h00	Réunion chefs de Services + Staff				
10h00 – 10h30	Direction + Equipe d'Encadrement Lieu : Salle de Réunion				Point Hôtellerie Gouvernante + Maîtresse de maison Lieu : Bureau Maîtresse de Maison
10h30 – 11h00			Point Hôtellerie	Point Qualité	Réunion Médicale
11h00 – 11h30		Point Animation (1 mardi sur 2) Direction Adjointe + Coordinatrice d'Animation Lieu : Bureau Direction	Direction Adjointe + Gouvernant Lieu : Bureau Direction	Direction Adjointe + Référente Qualité Lieu : Bureau Direction	Equipe Médicale + Psychomotricienne + Psychologue + IDEC + IDE + Maîtresse de Maison Lieu : Bureau Maîtresse de Maison
11h30 – 12h00					
12h00 – 12h30		Point Médical			
12h30 – 13h00		Direction Adjointe + IDEC		Staff résident	
13h00 – 13h30		Lieu : Bureau Direction			
13h30 – 14h00					
14h00 – 14h30	Point Unités (1 lundi sur 2) Direction Adjointe + Maîtresse de Maison Lieu : Bureau Direction	Point Commercialisation Direction + Relation Famille Lieu : Bureau Direction à la Celle Saint-Cloud			Point Unités (1 vendredi sur 2) IDEC + Maîtresses de Maison Lieu : Bureau Médical
14h30 – 15h00	Point Maintenance Direction Adjointe + Agent de Maintenance Lieu : Bureau de Direction				Point Animation (1 vendredi sur 2) Coordinatrice d'animation + Maîtresses de Maison Lieu : Bureau Coordinatrice
15h00 – 15h30	Point Projet de Vie Personnalisé			Formation	
15h30 – 16h00				Lieu : Salle Pause	
16h00 – 16h30	Psychologue + IDEC + Coordinatrice d'Animation + Maîtresse de Maison + Psychomotricienne + Soignante				
16h30 – 17h00	Lieu : Bureau Maîtresse de Maison				

Organisateurs

	Direction		Equipe Médicale
	Direction Adjointe		IDEC
	Staff résident		Coordinatrice d'Animation
	Réunion avec Equipe d'Encadrement		Formation
	Gouvernante		Projet de Vie Personnalisé

Cinq principes directeurs de la démarche qualité du groupe

1. Répondre aux besoins et attentes des clients : en individualisant notre prestation d'accompagnement et de soins médicaux et paramédicaux
2. Engager une écoute client efficace : par la collaboration avec toutes les parties prenantes telles que nos clients, leur famille, les professionnels, les partenaires institutionnel
3. Développer un esprit de bienveillance chez le personnel
4. Manager les risques : pour faire de nos établissements des lieux de soins et de vie agréables, adaptés à notre métier et sûrs en respectant en permanence les exigences réglementaires
5. Mettre en œuvre les recommandations et bonnes pratiques professionnelles de notre secteur d'activité.

Pour satisfaire ses clients, *Le Noble Age* s'engage à suivre ces principes dans sa prise en charge, dans son organisation, dans ses installations.

Cette politique est en phase avec la boucle de la qualité : qualité voulue, qualité réalisée, qualité perçue, qualité attendue.

SOMMAIRE DU REFERENTIEL DU GROUPE : "Guide Pratique du Succès" (GPS)

A. Un projet d'établissement formalisé, validé, diffusé, évalué et actualisé

- 0 Le leadership de la Direction
- 1 Un projet d'établissement formalisé, validé, diffusé, évalué et actualisé
- 2 Un projet de vie formalisé
- 3 Un projet de soins formalisé

B. Un établissement confortable, propre, bien entretenu, aux prestations adaptées aux personnes âgées

- 4 Un cadre de vie aménagé pour les personnes âgées
- 5 Des lieux de vie confortables et conviviaux
- 6 Des locaux et circulations adaptés et sécurisants
- 7 Des chambres confortables et fonctionnelles
- 8 Un établissement privilégiant hygiène et sécurité
- 9 La prévention des risques alimentaires
- 10 La prévention des risques de contamination
- 11 La prévention des risques de chutes
- 12 Un établissement rassurant pour les personnes âgées et aménagé pour la sécurité de sa clientèle
- 13 Un établissement maintenu en bon état
- 14 Une prestation hôtelière en adéquation aux besoins d'une clientèle hébergée en établissement pour personnes âgées
- 15 Le linge personnel est retourné à son propriétaire, dans les délais convenus, propre et en bon état
- 16 Le linge plat et de maison est renouvelé régulièrement et aussi souvent que nécessaire

C. La qualité de l'accueil et de l'intégration des nouveaux résidents

- 17 Chaque jour, la présence d'une personne pour renseigner et informer les visiteurs, partenaires et intervenants extérieurs pendant au moins 12 heures
- 18 La mise à disposition de toute personne qui le souhaite, d'une documentation sur l'établissement et l'accessibilité des informations sur son fonctionnement
- 19 Le futur résident et sa famille sont accueillis et renseignés de façon exhaustive sur les modalités de fonctionnement de l'établissement et une visite leur est systématiquement proposée
- 20 L'établissement vérifie qu'il dispose des moyens humains et matériels pour prendre en charge un nouveau résident
- 21 La signature d'un contrat décrivant les engagements respectifs des parties signataires
- 22 L'ouverture systématique d'un dossier administratif individuel
- 23 Une facturation mensuelle claire et détaillée
- 24 Tout résident est informé qu'il peut revenir sur sa décision
- 25 L'aide du résident dans les démarches administratives de demandes d'aide
- 26 Le jour d'arrivée, la personne âgée est attendue et accueillie par un responsable de l'établissement
- 27 Pendant les premiers jours, la personne âgée est accueillie et associée progressivement à la vie de l'établissement

D. Le respect des Droits et Libertés des résidents, l'entretien des liens sociaux

- 28 L'établissement préserve les Droits et Libertés des résidents
- 29 L'établissement veille au respect de la dignité et au droit à l'intimité de chaque résident
- 30 Chaque résident à son arrivée est informé de ses droits et devoirs
- 31 L'établissement s'assure de préserver les capacités d'expression propres à chaque être humain et de prévenir tout risque d'isolement
- 32 Les résidents sont encouragés à s'exprimer et à participer à la vie de l'établissement
- 33 5 jours par semaine, l'établissement organise des activités variées, adaptées au niveau de dépendance et aux souhaits des résidents
- 34 Le maintien des liens sociaux est au cœur des préoccupations de l'établissement
- 35 La famille et les proches sont les bienvenus à tout moment et informés sur le bien-être des résidents
- 36 Un établissement ouvert sur l'extérieur, et intégré à la vie locale
- 37 Les résidents peuvent communiquer avec l'extérieur simplement et rapidement, de manière autonome
- 38 Le résident peut émettre et recevoir des appels téléphoniques en toute autonomie et liberté
- 39 Les messages téléphoniques sont transmis dans l'heure

E. Un personnel formé régulièrement, dont la préoccupation est centrée sur le bien-être des résidents

- 40 Les missions et responsabilités de chacun sont clairement définies
- 41 Un recrutement sélectif, tourné vers le service à la personne âgée
- 42 Un plan de formation évolutif, adapté au niveau de chacun
- 43 Le personnel bénéficie d'un encadrement adapté à la fonction d'accompagnement des personnes âgées
- 44 Les stagiaires sont accueillis, encadrés et suivis spécifiquement au cours de leur travail
- 45 Le personnel contribue activement à l'amélioration de la qualité de vie des résidents
- 46 Les locaux et équipements sont adaptés aux besoins évolutifs des résidents

F. Les soins et la prévention de la dépendance

- 47 Une organisation médicale et paramédicale qui garantit la sécurité, la qualité et la continuité des soins aux résidents
- 48 Une réponse rapide et adaptée, à tout moment, en cas de problème
- 49 La mise en place d'un réseau de soins afin d'assurer à tout résident la continuité des soins
- 50 Des dossiers individualisés à jour, permettant la coordination des soins
- 51 Une démarche de prévention et de maintien de l'autonomie est assurée
- 52 L'établissement met en place des prises en charges spécifiques
- 53 Les résidents atteints de troubles psychiques font l'objet d'une évaluation et d'une prise en charge adaptée à leur état
- 54 Un accompagnement de fin de vie est assuré dans la dignité et le respect des convictions du résident
- 55 Une démarche de prévention des risques de maltraitance est assurée

G. L'amélioration continue de la qualité

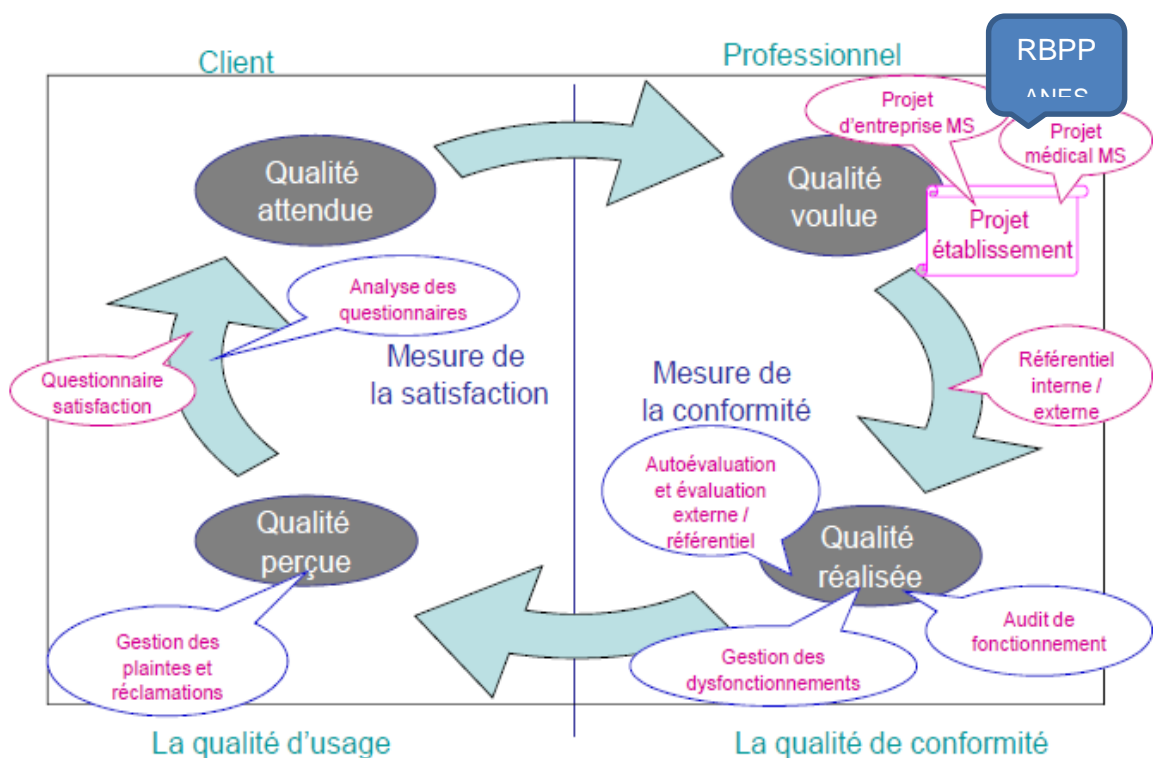
- 56 Mise en place d'une analyse de ses pratiques
- 57 Un suivi annuel de la satisfaction des résidents et de leurs proches
- 58 Le traitement des réclamations des clients sous 8 jours ouvrés
- 59 Les dysfonctionnements sont identifiés et font l'objet d'un traitement systématique
- 60 La sollicitation, trois fois par an, de l'avis de chaque partie intéressée sur le fonctionnement de l'établissement
- 61 Une information des résidents, de leurs proches et du personnel sur le suivi de l'amélioration de la qualité

H. Engagements spécifiques aux unités spécialisées aux maladies Alzheimer ou apparentées

- 62 Un projet spécifique et formalisé intégré au projet d'établissement
- 63 Une architecture, des espaces de vie spécifiquement organisés
- 64 Une politique d'admission et de sortie de l'unité formalisée
- 65 Du personnel pluridisciplinaire et formé
- 66 Une intégration au réseau local

ANNEXE IX

LA BOUCLE DE LA QUALITE



Statistiques, prévalence et coût de la Maladie d'Alzheimer

"Rappels sur la situation démographique en France. En 2006, la population des plus de 60 ans s'élève à 12,5 millions de personnes³⁴. À l'horizon 2050, si la baisse de la mortalité se poursuit au même rythme qu'aujourd'hui, les plus de 60 ans représenteront, avec 22,4 millions d'individus, 35,1 % de la population française. Autre constat qui a son importance, dans le groupe des plus de 75 ans, les deux tiers des aînés seront des femmes."

Source : Données Insee (<http://www.insee.fr>)

"L'estimation de prévalence la plus souvent avancée de la **maladie d'Alzheimer** est de 0,5 % avant 65 ans, 2 à 4 % après. Mais elle augmente fortement avec l'**âge**, pour atteindre 15 % à 80 ans. Appliquées à la population française, ces proportions donnent 860 000 personnes souffrant de **démences de type Alzheimer**. Le nombre de malades devrait atteindre deux millions en France en 2020. Il s'agit donc d'un enjeu médical, scientifique, social et économique majeur dans tous les pays développés où l'**espérance de vie** s'est accrue régulièrement depuis un siècle."

Source : *La maladie d'Alzheimer : diagnostic et l'accompagnement dans l'avenir ?* Bruno Dubois (Magazine Medec, mars 2007)

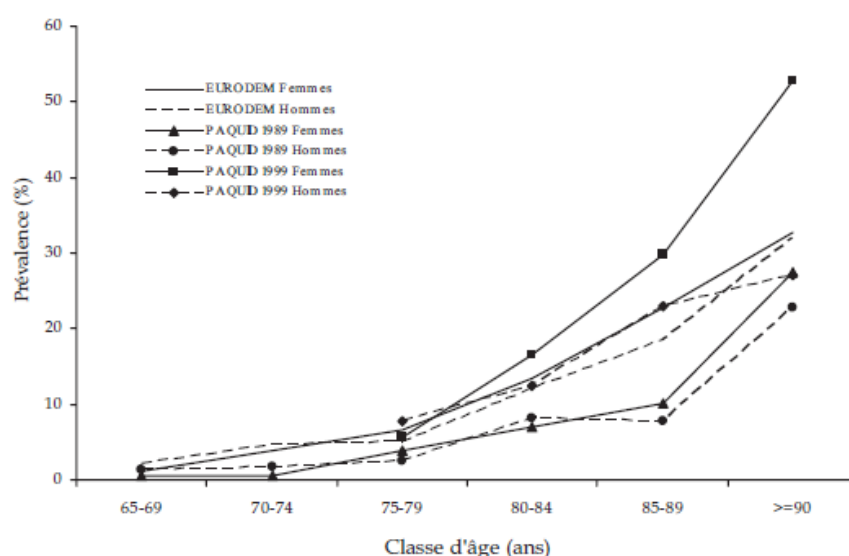


Figure 15.1 : Prévalence des démences chez les hommes et chez les femmes

Données de la méta-analyse Eurodem sur des études des années 1990 (Lobo et coll., 2000)

Données initiales de l'étude Paquid (1988-1989) (Letenneur et coll., 1993)

Données lors du suivi à 10 ans de l'étude Paquid (1998-1999) (Ramaroson et coll., 2003)

Prévalence selon le type de démence : maladie d'Alzheimer, démences vasculaires et autres démences

"La maladie d'Alzheimer représente 70 % des démences prévalentes et les autres démences sont vasculaires (DV, 10 %) et mixtes (20 %) (Lobo et coll., 2000). La distribution

des démences autres que la maladie d'Alzheimer est beaucoup moins bien connue, les faibles nombres de cas et les difficultés diagnostiques rendent difficiles ces travaux. À partir des fichiers de la *Mayo Clinic*, Knopman et coll. (2006) ont estimé que 7,7 % des cas de démences ne sont ni d'origine dégénérative ni vasculaire, ces démences représentant 30 % des cas chez les moins de 70 ans et moins de 5 % chez les plus âgés, la cause la plus fréquemment rapportée étant la présence d'une pathologie cancéreuse avec ou sans métastases cérébrales puis l'alcoolisme chronique."

Données internationales

"Ces dernières années ont vu se multiplier les méta-analyses sur la prévalence et l'incidence des démences et de la maladie d'Alzheimer, de même que les publications sur les projections à moyen et long terme du nombre de cas attendus et le coût associé. La dernière analyse internationale reposant sur une méthodologie de consensus entre experts (*Delphi consensus*) (Ferri et coll., 2005) donne une estimation au niveau mondial du nombre de cas de démence, avec 24,3 millions de cas et près de 4,6 millions de nouveaux cas chaque année, correspondant à un nouveau cas toutes les 7 secondes.

Le nombre de cas attendus va doubler tous les 20 ans, avec plus de 80 millions de cas en 2040. Environ 60 % des cas vivent dans des pays développés mais le nombre de cas va aussi augmenter très fortement en Chine, en Inde et dans d'autres pays d'Asie et du Pacifique Ouest. Ces chiffres sont en accord avec ceux proposés à partir de la méta-analyse de Wimo (Wimo et coll., 2003) qui, de 25 millions de cas en 2000 prévoit 63 millions en 2030 et 114 millions en 2050 dont 84 millions dans les régions les moins développées."

Source : "*Maladie d'Alzheimer, enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*", *Expertise collective*, Les éditions INSERM, 2007

Coût de la maladie d'Alzheimer en France

"L'étude de Fagnani et coll. (1999), à partir des données de l'enquête Paquid, retient trois types de coûts : les consommations médicales, les aides rémunérées et bénévoles et les coûts d'hébergement en institutions médicalisées ou non. Le coût annuel net moyen par patient (net par rapport au coût d'une population témoin) est de 120 000 francs (18 265 €) par patient en 1993, soit un total de 30 milliards de francs (4,5 milliards €). L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) avançait le chiffre de 19 581 € pour le coût total par patient en 2000, dont 43 % de coûts directs médicaux, 27 % de coûts directs non médicaux et 31 % d'aide informelle."

Source : "*Maladie d'Alzheimer, enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*", *Expertise collective*, Les éditions INSERM, 2007

Questionnaire

ANNEXE XI

Bonjour,

Dans le cadre de la préparation de mon mémoire de fin d'étude, je souhaiterais approfondir ma recherche en interrogeant les professionnels travaillant au sein d'EHPAD⁷².

Je sais votre temps précieux, c'est pourquoi ce questionnaire ne comprend pas un grand nombre d'item.

Je vous remercie de le compléter et de le remettre à votre hôtesse d'accueil avant le **20 mars**.

Votre Profession :

Votre ancienneté dans le métier :

Votre ancienneté dans l'EHPAD :

Nombre de résidents accueillis :

- **Existe-t-il une unité sécurisée /cantou au sein de la résidence ? OUI - NON**
73

- **Y travaillez-vous ? OUI - NON**

- **Connaissez-vous le GMP⁷⁴ actuel de la résidence ? OUI - NON**

Si OUI, de combien est-il ? :

- **Connaissez-vous les maladies neurodégénératives type Alzheimer ? OUI - NON**

Si OUI, pouvez-vous les présenter en quelques mots ? :

- **Avez-vous reçu une formation particulière pour ces pathologies ? OUI - NON**

Si OUI, laquelle ou lesquelles ? :

⁷² Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

⁷³ Rayer la mention inutile

⁷⁴ Gir moyen pondéré : permettant l'évaluation du niveau de dépendance des résidents d'un établissement (Loi du 20 juillet 2001 du CASF) moyenne nationale 2010 : 686 (sources ANESM)

- **Eprouvez-vous des difficultés face aux troubles du comportement des résidents ? Lesquelles ?**

- **Quelles activités sont proposées aux résidents présentant ces troubles du comportement ?**

- **Y participez-vous ? Comment ?**

- **Ces activités vous aident-elles dans l'accompagnement des résidents ?**

- **Faites-vous une différence entre les troubles neurodégénératives (type Alzheimer) et les troubles gériatriques (type maladie bipolaire, symptômes psychiatriques, dépression...) ? OUI - NON**
Si OUI, pouvez-vous l'expliquer en quelques mots ? :

Merci de votre participation

RESIDENCE Villa d'Epi'daure Garches						
PLAN D'ACTION ETABLISSEMENT						
Date: 11/07/2013						
ITEMS	N°	CARACTERISTIQUES NON CONFORMES	ACTIONS CORRECTIVES	PILOTE	ECHÉANCIER	REPONSE DIRECTION
Management qualité Noble Age	03	Pas d'échelles pour les sections correctives à mener dans le cadre du DU	Mettre les échelles pour suivi des AC	IDEAQ	sept-13	Prévoir minimum une réunion 2 fois par an pour une mise à jour au CHSCT et remplir la fiche de mise à jour
	07	Pas de suivi du Plan d'Action de la Qualité	Mettre le PAQ à jour	IDEAQ	sept-13	En Cours
	13	Le projet médical n'est pas connu des salariés interrogés le jour de l'audit	Expliquer et diffuser le projet aux salariés	DIR + IDEAQ + MM + IDEC + MEDEC	oct-13	Organiser des rencontres sur les temps de formation (jeudis) avec IDEC/MEDEC/psychologue/Dir/RVAD pour informations et rappel à l'équipe soignante.
Thématique A	16	L'aport de maintenance n'est pas formé et n'utilise pas les outils Noble Age	Demandeur son accompagnement par un responsable maintenance référent	Direction	sept-13	En cours. Prévu pour Octobre 2013
	35	Tragédie dans les hochements pas systématique	Former les soignants à l'hygiène en cuisine	MM + chef	immédiate	Rappel à faire par les MM et surveillance de la fréquence
	67	Pas d'analyse des chutes dans NetSoins	Formaliser l'analyse des fiches de chutes dans NetSoins	MEDEC + IDEC	sept-13	Organiser une fois par mois un temps d'analyse de chute entre IDEC/MEDEC/MM/psychologue
Thématique B	87	Pas d'IDE référent nutrition	Identifier et former une IDE réf. Nutrition	Direction + IDEC	fin 2013	
	90 & 102	Les documents ne sont pas tous utilisés pour les dossiers des résidents accueillis (état des lieux, bordereaux de documents...)	Revoir la procédure et utiliser tous les documents pour l'accueil des nouveaux résidents	Secr dir et Dir	sept-13	Procédure vu, documents remis au chef de service. Rappel à faire à RSE/MM/Gauv.
	101	Très peu de recueil soins dans les projets personnalisés dans NetSoins	Poursuivre le travail de saisie des projets	IDEC + Psychologue + MM	fin 2013	Organiser la séance avec psychologue, MM et IDEC dès projet idéal travaillé.
Thématique D						
Thématique E	118	Absence un trombonescope dans une unité	Compléter le trombonescope et l'archiver	MM	oct-13	A relance en Septembre avec cadre + papier photo.
Thématique F	134	117 TC non odorées	Changer toutes les cibles ouvertes (cible : <20)	IDEC	sur fil de l'eau	En cours
	137	Tous les soins planifiés ne sont pas signés	Former tout le personnel (nuit en particulier) pour que tout soin planifié soit signé	IDEC	sept-13	
	139	Tous les traitements ne sont pas signés	Emarger la totalité des traitements, les identifier comme non donnés, refusés... si besoin	IDEC	immédiate	Délivrer date de réunion avec équipe de nuit + faire rappel régulier à l'équipe de jour
Thématique G						
Thématique H	165	Aucun programme sale dans les projets personnalisés	Compléter les dossiers des résidents	MM/IDEC/PSY...	fin 2013	Organiser les salées Psy/MM/IDEC
	170	La psychologue ne participe pas aux commissions d'admission	Demandeur la participation de la psychologue aux commissions d'admission	Direction	immédiate	Faill
<p>SYNTHESE GLOBALE</p> <p>La mise en place des différents éléments du projet NOBLE AGE depuis un an est spectaculaire. Le travail réalisé par les équipes est visible dans tous les secteurs de la résidence : immobilier conforme depuis la fin des travaux, fonctionnement en très nette amélioration. Le résultat obtenu en hygiène est en lien avec les analyses et audits réalisés en cuisine par le laboratoire ALPA. L'accompagnement par un chef référent devrait rapidement remédier à ce problème. Plusieurs autres éléments sont en lien avec l'utilisation de NetSoins qui n'est pas encore totalement maîtrisée.</p>						

ETCHEVERRY	Joëlle	Novembre 2014
<p style="text-align: center;">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS PARIS</p>		
<p style="text-align: center;">GARANTIR LA CONTINUITE DE LA QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ACCUEILLIES EN EHPAD</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Depuis les années 2000, la prise en compte des enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux, par les politiques publiques, a nettement amélioré les conditions d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés.</p> <p>S'appuyant sur son projet d'établissement et sur son expérience acquise depuis plus de 20 ans, l'EHPAD la <i>Villa d'Epidaure</i> s'est spécialisé dans l'accompagnement des pathologies démentielles et a su se positionner comme acteur reconnu sur l'ouest parisien.</p> <p>Néanmoins, les attentes et les besoins des résidents et des familles sont en évolution constante. L'émergence de troubles psychiatriques associés aux troubles cognitifs réinterroge les pratiques professionnelles. La résidence doit tenir compte de cette évolution et doit poser la recherche du bien-être des résidents comme finalité de son projet afin de maintenir la continuité de la qualité de l'accompagnement.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Accompagnement - Maladie Alzheimer - EHPAD spécialisé – Besoins – Attentes - Troubles psychiatriques - Pratiques professionnelles - Bien-être - Qualité</p>		
<p style="text-align: center;"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		