

**REPENSER LES PARCOURS SPECIFIQUES DES
PERSONNES AGEES ATTEINTES DE MALADIES DE TYPE
ALZHEIMER ET APPARENTEES AU SEIN D'UN EHPAD**

Louise LAMBERT

2016

Remerciements

Au terme de ce travail, je tiens à exprimer ma profonde gratitude et mes sincères remerciements à Anaïs ANDRE, Directrice de la Résidence Le Flore, qui m'a ouvert les portes de son établissement et transmis son engouement pour le métier.

Je tiens à remercier vivement Eve Chambon qui a animé mon groupe de mémoire et qui a participé activement à la construction de ce dernier.

Je voudrais remercier également Geneviève ANDRE pour le temps qu'elle m'a accordée quant au suivi de la réalisation de mon mémoire.

Mes profonds remerciements vont aux équipes de la Résidence Le Flore. Leur accueil, leur professionnalisme et leur bienveillance ont rendu ce mémoire possible.

Je remercie tout particulièrement mes proches qui ont fait preuve d'un soutien sans faille depuis mon entrée en formation CAFDES. Leur confiance en moi m'a permis de faire face aux obstacles et aux difficultés que j'ai rencontrées.

Mes remerciements vont enfin à toute personne qui a contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

*« Un tel changement social ne peut pas venir des idées ou énergies d'individus isolées
mais seulement de l'émergence lente et régulière d'un nouveau monde au cœur de
l'ancien. »*

Maria Montessori

Sommaire

Introduction	1
1 Présentation du cadre et du contexte	3
1.1 Cadre législatif et contexte politique	3
1.1.1 Le cadre légal global	3
1.1.2 Les plans nationaux et le cadre réglementaire applicable au territoire de l'Essonne	6
1.2 Le contexte d'intervention	10
1.2.1 Les autorisations de fonctionnement	10
1.2.2 Notre population en chiffre	12
1.2.3 La Résidence le Flore, un lieu de vie	14
1.2.4 Les ressources humaines	16
1.2.5 Le réseau de la Résidence Le Flore	25
1.2.6 L'analyse de la concurrence	26
1.2.7 Les moyens financiers	28
2 Situation d'écart - Problématique	29
2.1 Définition des concepts clés pour une lecture consensuelle	29
2.2 Identification des besoins et des attentes des personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives	30
2.2.1 Les besoins et les attentes de ce public	30
2.2.2 Des réponses à l'accompagnement des troubles du comportement chez la personne âgée	33
2.3 Vers une spécialisation dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives	39
2.3.1 Le service d'accueil de jour	39
2.3.2 Une unité de vie dédiée	41
2.3.3 Dans une dynamique d'amélioration continue	42
3 Le projet : mener une expérimentation dans l'unité de vie dédiée pour améliorer la qualité de service par la promotion des parcours de soins et d'accompagnement spécifiques aux personnes âgées atteintes de maladies de type Alzheimer	45

3.1	Le montage du projet.....	45
3.1.1	Le comité de pilotage.....	45
3.1.2	Les groupes de travail et d'informations.....	46
3.1.3	La gestion des risques.....	47
3.1.4	Les supports de communication et de suivi.....	48
3.2	Les équipements et les dispositifs mis en place.....	50
3.2.1	Le projet d'hébergement.....	50
3.2.2	Le projet de soins.....	54
3.2.3	Le programme d'animation.....	55
3.2.4	Les aidants.....	59
3.2.5	L'élaboration et le développement de réseaux et de partenariats.....	60
3.2.6	L'évaluation.....	61
	Conclusion.....	63
	Bibliographie.....	65
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AMADPA : Association de Maintien à Domicile des Personnes Agées
AMP : Aide Médico-Psychologique
ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
AS : Aide-Soignante
ASH : Agent de Service Hospitalier
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CLIC : Centre local d'Information et de Coordination Gériatrique
CODIR : Comité de direction
COFIL : Comité de pilotage de projet
DALO : Droit au Logement Opposable
DASRI : Déchet d'Activités de Soins à Risques Infectieux
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GMP : Gir Moyen Pondéré
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice
IMC : Indice de masse corporelle
MDS : Maison De la Santé
MEDCO : Médecin coordinateur
MND : Maladie Neurodégénérative
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMP : Pathos Moyen Pondéré
SROMS : Schéma Régional d'Organisation médico-sociale
SSI : Système de Sécurité Incendie
TNM : Thérapie non médicamenteuse

Introduction

L'explosion démographique des séniors représente une opportunité économique et sociale qui dépasse le secteur de soins aux personnes âgées.

D'ici à 2035, la population des plus de 75 ans progressera de 55% en Europe, soit environ 68 millions d'habitants. Vivant plus longtemps, il est nécessaire d'adapter l'accompagnement des séniors qui ont de nouveaux besoins et de nouvelles attentes des établissements et services spécialisés. L'allongement de la vie engendre l'accroissement du risque de développer des maladies psychiques ou dégénératives qui oblige à intégrer ce facteur au développement de l'offre et des services à leur égard.

L'accompagnement des seniors doit évoluer avec eux, prenant en compte leur parcours, leurs aspirations et leurs modes de vie. Il est nécessaire de repenser l'offre existante de services aux personnes âgées en particulier les personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives.

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ont un rôle à jouer dans cette transformation. Ils doivent s'adapter à la prise en charge des personnes âgées souffrant de ce type de dégénérescences en proposant des accompagnements individuels, spécifiques et ajustés à l'évolution de la maladie en fonction de l'expression des symptômes pour être au plus près des besoins de l'utilisateur. L'utilisateur ne peut être perçu seulement qu'au travers de ses symptômes. Il doit être considéré dans son ensemble, en intégrant son parcours de vie et les acteurs qui en font partie. En ce sens, l'EHPAD doit travailler conjointement avec les aidants familiaux, richesses dans la personnalisation de l'accompagnement, et les partenaires ressources.

L'enjeu est important. Les recherches scientifiques progressent lentement, ne nous offrant pas aujourd'hui une connaissance pleine et entière de ces maladies et de leurs expressions. Il est alors indispensable d'être à l'écoute des besoins et des attentes de ce public qui, de plus est, perd progressivement sa capacité à s'exprimer de manières traditionnelles. Il est essentiel d'avoir une approche globale de la personne.

Mais, trop souvent perçues au travers de ce qu'elles ont perdu, les personnes âgées souffrant de maladies de types Alzheimer se retrouvent cantonnées dans leurs symptômes. Je souhaite ici inviter mes lecteurs à changer de regard en mettant en avant tout leurs potentiels.

Dans un souci constant de cohérence et de continuité, j'ai pour objectif d'intégrer la notion de parcours dans l'accompagnement des personnes souffrant de maladies de type

Alzheimer et apparentées, proposé au sein de la Résidence le Flore en appui sur des équipes professionnelles expérimentées et soucieuses du bien-être de leurs résidents. Je me suis appuyée sur leur expertise et leur volonté pour mettre en place notre projet.

1 Présentation du cadre et du contexte

1.1 Cadre législatif et contexte politique

1.1.1 Le cadre légal global

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes se sont constitués progressivement en tant que tels depuis la loi du 30 Juin 1975 relative aux fonctionnements des établissements sociaux et médico-sociaux. Elle définit les établissements hébergeant des personnes âgées comme institutions médico-sociales. Ce n'est qu'en 1997 que l'expression « personnes âgées dépendantes »¹ apparaît pour la première fois dans la législation française comme une catégorie bien déterminée. Elle définit la dépendance comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière »². La loi du 24 Janvier 1997 institue une prestation d'autonomie pour ce public afin de mieux répondre à leurs besoins : la prestation spécifique dépendance (PSD). Cependant, cette loi induit « une ségrégation sociale entre les citoyens français, puisqu'elle traite différemment selon l'âge des gens – plus ou moins de 60 ans - dont la caractéristique commune est d'avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour pouvoir mener leur vie quotidienne. Or l'âge n'est pas la variable discriminante qui permet de décider principalement du besoin d'aide de la personne. Ce dernier est essentiellement fonction des habitudes de vie de la personne, de son caractère, de son environnement géographique et affectif, de ses capacités physiques et psychiques et, surtout, de son désir d'être aidé ou non. »³. Cette loi officialise la catégorie des personnes âgées dépendantes. La « dépendance » vient étiqueter les personnes âgées effaçant les notions de personne et d'âge en renforçant la dichotomie entre les retraités – « bénéficiaires du statut social de la vieillesse qui va bien »⁴ - les personnes âgées – et « la vieillesse qui va mal »⁵. Cette dernière est renforcée par deux facteurs, l'allongement de l'espérance de vie et le recul de l'âge de départ en retraite.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale vient structurer le secteur. Elle instaure également l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui vient

¹ Loi n°97-60 du 24 Janvier 1997

² Op.cit

³ Bernard ENNUYER, Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes »

⁴ Op. cit

⁵ Op. cit

remplacer la PSD et l'obligation d'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées. Cette loi place l'utilisateur au cœur de l'accompagnement qui lui est dispensé, c'est-à-dire qu'il est, autant que faire se peut, acteur et décideur de son projet de vie. Elle individualise les prestations, obligeant l'institution à s'adapter et non plus à l'utilisateur de le faire. Elle a pour vocation de garantir et de promouvoir les droits des usagers (autonomie, protection, cohésion sociale, exercice de la citoyenneté, prévention de l'exclusion) grâce à la mise en place de sept outils spécifiques :

- Livret d'accueil
- Charte des droits et libertés
- Règlement de fonctionnement
- Contrat de séjour
- Conseil de la vie sociale
- Projet d'établissement
- Conciliateur ou médiateur

La résidence Le Flore répond bien aux obligations légales qui viennent encadrer l'exercice de ses fonctions. Les outils de la loi 2002-2 sont en place, et revus annuellement. L'évaluation interne a eu lieu en 2012 et l'évaluation externe en 2014. Les dernières élections du CVS ont eu lieu en Mai 2016. La première réunion s'est déroulée en Septembre 2016.

L'été caniculaire de 2003 entraîne la mort de plusieurs milliers de personnes dont beaucoup de personnes âgées. Cet événement a marqué les esprits et a engendré la mise en place de Plan de Prévention contre l'isolement des Séniors par exemple. En effet, dès le 1^{er} Juillet 2004, une loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées est publiée au journal officiel. Elle institue, dans chaque département, un dispositif de veille et d'alerte pour permettre l'intervention des services sanitaires, sociaux ou médico-sociaux auprès de ce public fragile. Une journée de solidarité est mise en place au niveau national pour assurer le financement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, établissement public chargé de contribuer au paiement de ce types d'actions. Elle participe aussi à l'amélioration des EHPAD.

La loi du 21 Juillet 2009 dite Hôpital, Patient, Santé, Territoire a pour objectifs de moderniser les établissements de santé, d'améliorer l'accès à des soins de qualité, de promouvoir la prévention et l'organisation territoriale du système de santé. Cette loi est à l'origine de la création des Agences Régionales de Santé (ARS) qui ont pour mission la mise en place des objectifs du Projet Régional de Santé qui reprend les orientations de la politique nationale de santé.

Cette loi promeut la notion de parcours de soins de l'utilisateur. Cette notion induit, au-delà de l'individualisation de la loi 2002-2, l'idée de continuité et de cohérence dans la prise en charge et l'accompagnement de l'utilisateur.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) réforme principalement le cadre financier et budgétaire des EHPAD. Elle s'inscrit dans la continuité des lois antérieures et promeut la garantie effective des droits des personnes âgées dépendantes. L'Etat a décidé de faire de l'adaptation de la société au vieillissement sa nouvelle priorité. Trois facteurs ont présidé à ce changement de paradigme :

- **Le facteur sociologique** : des seniors qui ont fait l'expérience de la recherche d'une place en maison de retraite ou d'une aide à domicile pour leurs parents et qui veulent anticiper les conséquences de leur propre vieillissement
- **Le facteur démographique** : l'explosion du nombre de personnes très âgées mais non dépendantes, qui vont donc pouvoir vieillir à domicile et n'auront peut-être jamais besoin d'être hébergées en EHPAD
- **Le facteur sociétal** : la volonté de vieillir chez soi. Pour autant, la notion de domicile elle-même évolue et ne désigne plus forcément le domicile historique.

Son premier axe est la clarification des catégories d'établissement d'hébergement en fonction de la capacité d'accueil et leurs conditions de fonctionnement.

Son deuxième axe concerne la mise en place d'un socle de prestation quelle que soit la nature de l'établissement d'hébergement. Le socle de prestation est défini comme « un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement, dont la liste est fixée par décret »⁶. Le financement de ce socle est intégré au tarif journalier d'hébergement.

Son troisième axe est l'obligation pour les EHPAD de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Il marque la volonté de l'Etat, dans la suite de la loi HPST, de rationaliser et d'optimiser les ressources disponibles sur un territoire. On observe également un changement de logique budgétaire, avec une logique de contrôle a priori à un contrôle de gestion a posteriori à travers l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Son quatrième axe est la création des amendes administratives pour manquement aux règles protectrices des droits des usagers. Le législateur a voulu renforcer la protection des personnes âgées accueillies en EHPAD avec :

⁶ Loi du 28 décembre 2015

- La promotion de la **désignation de la personne de confiance**.
Cette personne a pour mission d'accompagner la personne âgée tout au long de son parcours. Elle peut, à la demande de l'utilisateur, l'accompagner lors d'entretien avec les acteurs de l'EHPAD, proposer de revoir son contrat de séjour, être consultée si la personne âgée rencontre des difficultés dans la compréhension de ses droits, accompagner la personne âgée dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux pour aider cette dernière à prendre ses décisions.
- La recherche du **consentement de la future personne accueillie**.
Le directeur doit rechercher chaque fois que nécessaire le consentement du résident. Il doit également l'informer de ses droits et s'assurer de leur compréhension.
- Le renforcement de l'affirmation de **la liberté d'aller et venir** en établissement.
Le contrat de séjour peut comporter une annexe qui définit les mesures particulières à prendre pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne accueillie. Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt du résident et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont applicables seulement après examen en équipe pluridisciplinaire et doivent être réévaluées.
- La définition des cas de **résiliation du contrat de séjour** et ses délais de préavis.
La loi décrit les modalités de résiliation par le résident mais également par le directeur.

Son cinquième axe est orienté en faveur des aidants par la création d'un droit au répit. Ainsi cette loi renforce les droits des usagers et le contrôle sur le respect de ses droits. Mais elle offre également aux directeurs d'EHPAD une marge de manœuvre. En effet, elle permet des mobilités internes des résidents en fonction de l'évolution de leurs symptômes afin de pouvoir proposer un accompagnement adapté mais aussi pour préserver la vie en collectivité.

1.1.2 Les plans nationaux et le cadre réglementaire applicable au territoire de l'Essonne

Le rapport d'évaluation, résultats du bilan du plan Alzheimer 2008-2012, a permis aux ministères de la Santé et des Affaires sociales, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, des Personnes âgées et de l'Autonomie de mettre en place des groupes de travail préparatoire pour l'élaboration du plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019. En effet, « les maladies neurodégénératives constituent un défi pour notre système de santé et la politique de recherche en France mais aussi à l'international. En France, aujourd'hui, plus de 850 000 personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée ; elles sont plus de 150 000 personnes touchées par la maladie de Parkinson et plus de 85 000 personnes touchées par la sclérose en plaques.»⁷ L'accompagnement social, médico-social et sanitaire de ces publics représente un enjeu

⁷ Plan maladies neurodégénératives 2014-2019

majeur pour répondre à leurs besoins spécifiques et apporter un soutien technique et psychologique aux aidants.

Ce type de maladie nous oblige à revoir notre positionnement quant à l'accompagnement proposé. Ce sont des maladies longues, évolutives, qui demandent un réajustement régulier. L'autonomie s'amointrit progressivement et nécessite l'intervention de multiples professionnels. La question des collaborations entre eux est de plus en plus complexe, réaffirmant ainsi la place essentielle des médecins coordonnateurs en EHPAD. Dans cet objectif, les orientations de ce plan intègrent la nécessaire « adaptation de notre système de santé pour une réponse de qualité tout au long du parcours de vie avec la maladie »⁸.

Les orientations régionales du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) 2014-2018 se résument en deux axes.

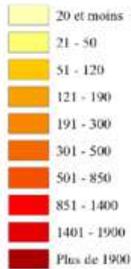
Le premier est l'organisation d'une offre médico-sociale adaptée et de proximité en réduisant les inégalités territoriales, en restructurant l'offre en suivant les évolutions démographiques et les nouvelles aspirations des populations, pour renforcer l'efficience du système. J'observe ici la volonté territoriale de rationaliser l'offre existante. Les travaux de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) s'inscrivent dans cette lignée. En particulier le Tableau de Bord de la performance recense et compare les équipements et les activités des établissements du territoire. Il permet d'optimiser de la répartition des ressources mais également d'entraîner une convergence tarifaire à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Le second axe est l'amélioration de la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et des soins répondant aux besoins des personnes. Cela se traduit par une volonté d'organiser et de renforcer la prévention tout au long de la vie, de favoriser les partenariats et les coopérations entre les acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux pour une prise en charge globale et sans rupture, de développer une démarche de bienveillance, d'améliorer le soutien aux aidants et de valoriser les métiers du médico-social.

Ainsi il est important de décliner ces axes stratégiques en fonction des spécificités du territoire de l'Essonne. Quelques éléments cartographiques permettent d'avoir une meilleure compréhension des besoins de l'Essonne. Les cartes qui suivent sont réalisées par l'ARS Ile de France dans le SROMS.

⁸ Op. cit

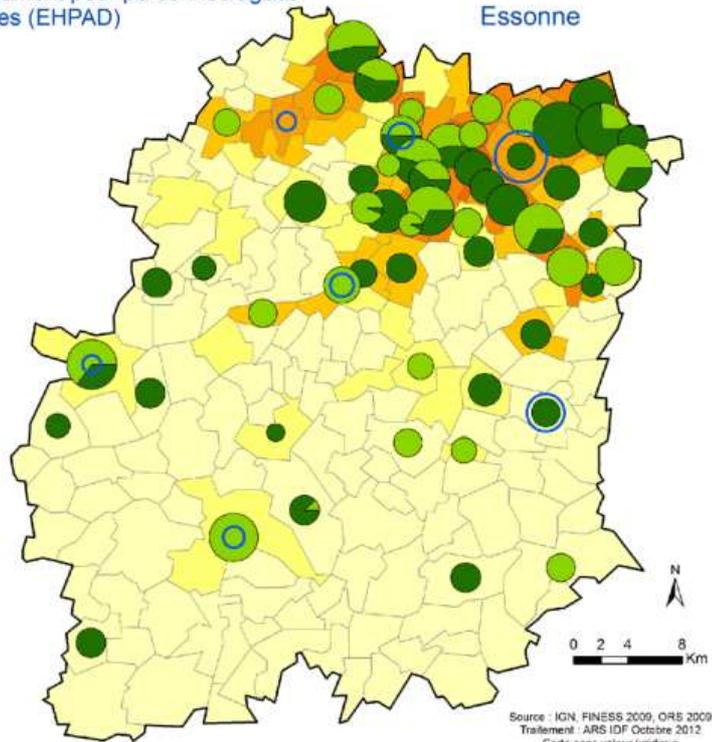
Densité de population :
habitants de 75 ans et plus au km²



EHPAD : Cumul des capacités installées
par commune (en place)



USLD : Nombre de lits autorisés



Source : IGN, FINSS 2009, ORS 2009
Traitement : ARS IDF Octobre 2012
Carte sans valeur juridique

Concernant la répartition des EHPAD sur le territoire, on observe que les EHPAD sont principalement concentrés dans le Nord qui est la zone préfectorale fortement urbanisée et dynamique du département. C'est là que se concentrent les besoins de la population. C'est également là que se situe la Résidence Le Flore.

Selon la carte proposée par l'ARS ci-dessous, la localisation des dispositifs pour personnes souffrant de maladies neurodégénératives coïncide avec celle des EHPAD. J'observe la même forte concentration dans la Nord du département.

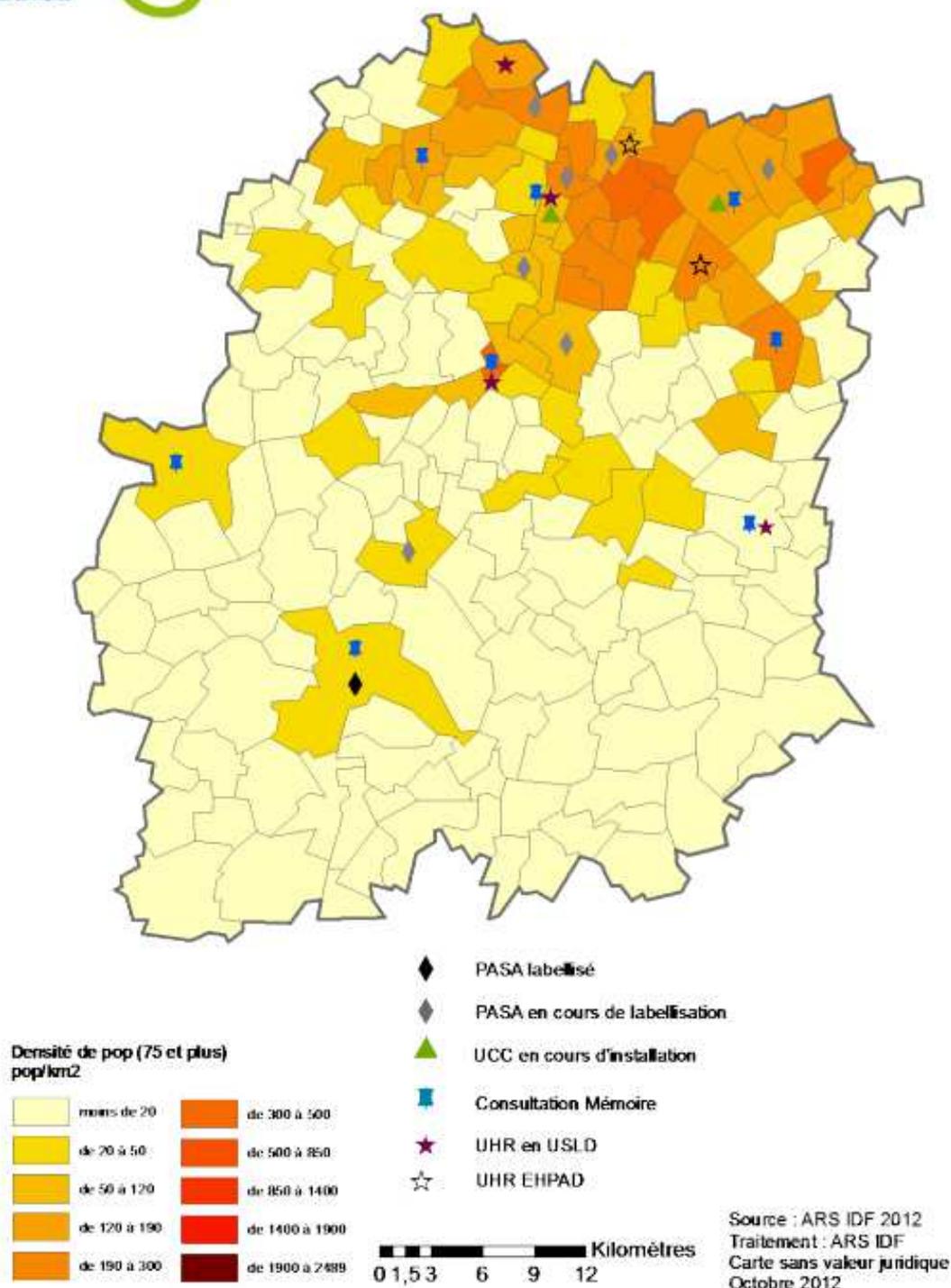
De plus, d'après l'INSEE, 13.9% de la population essonnienne est âgée de 65 ans et plus.

Les statistiques projettent une évolution démographique entre 2010 et 2020 à :

- +23% des personnes âgées de 75 ans et plus
- +59% des personnes âgées de 85 ans et plus
- +47% des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus.

Les points forts du département sont son taux d'équipement en EHPAD supérieur à la moyenne régionale (98.67 contre 76.73).

ESSONNE



Cet ensemble d'indicateurs permet de mettre en évidence un besoin croissant en termes d'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Des efforts sont à mener sur le développement de l'offre à destination des personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives malgré une forte concurrence entre établissements de statut privé. Cette localisation stratégique de l'établissement lui rend possible la création d'un maillage

intéressant pour garantir la continuité et la cohérence des parcours des seniors par le développement de collaborations et de partenariats.

Le schéma départemental de l'Essonne en faveur des Personnes Agées (2011-2016) reprend ces orientations et les décline de manières concrètes. Son premier axe est « Contribuer au bien vivre aujourd'hui et demain » dans lequel nous nous sommes inscrits sous l'action 1.2.5 « Favoriser la création d'unités d'accueils de jour spécifiques Alzheimer ». En 2014, un service de ce type a ouvert disposant de six places. Nous répondons également à l'action 1.2.2, qui consiste à proposer un mode d'accueil séquentiel, et à la demande pour permettre aux aidants familiaux de prendre du répit. Ce plan d'actions départementales encourage également les EHPAD à proposer de solides programmes et projets d'animations, privilégiés dans les objectifs des CPOM. Son troisième axe indique la nécessité d'associer « des acteurs institutionnels locaux pour optimiser leurs actions ». L'axe 3.1.3 encourage la mise en place d'outils de liaison médico-sociaux favorisant une meilleure prise en charge de la personne âgée dans son parcours de soins ». Ces différents objectifs sous-tendent notre projet d'expérimentation.

1.2 Le contexte d'intervention

1.2.1 Les autorisations de fonctionnement

Pour une autorisation de 106 lits, la Résidence le Flore compte 92 lits d'hébergement permanent et 14 lits en accueil temporaire. 15 places sont habilitées à l'aide sociale. La résidence est composée de cinq services soit deux unités d'EHPAD « classiques » de 31 lits chacune, une unité de vie dédiée à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neurodégénératives de 31 lits, 13 places en unité « cocooning », unité palliative pour des personnes grabataires, et 6 places d'accueil de jour pour une file active de 20 personnes, service d'accueil en journée de personnes souffrant de maladies types Alzheimer et apparentées.

La Résidence est un EHPAD privé à but lucratif appartenant à un groupe. Le siège nous offre une plateforme d'appuis techniques pour mener à bien nos missions (service RH, centralisation de la paie, service juridique, service qualité et développement). Ces différents services mettent à notre disposition un panel d'outils et de procédures déclinables dans nos établissements. Ces supports de travail nous permettent de gagner beaucoup de temps dans la gestion de l'EHPAD. Ce sont également des ressources d'informations face aux questions techniques, en particulier les services juridique et ressource humaine.

Le directeur général m'a accordé sa confiance pour prendre la direction du Flore. J'ai son soutien pour développer des projets. Les relations avec la direction générale sont bonnes. Nous nous rencontrons régulièrement et échangeons très facilement par mail ou par téléphone. Des outils de reporting me permettent de rendre compte de notre activité et de justifier de l'utilisation de nos budgets. Cependant aucun projet d'entreprise, en comparaison avec un projet associatif, existe. La politique du groupe est la promotion du Bien Vieillir

Une convention tripartite est signée avec le Conseil Général et l'ARS. Elle définit les conditions de fonctionnement de l'établissement, les prestations autorisées, ses dotations et son financement.

Les objectifs de la convention tripartite couvrent l'ensemble des champs d'action du Flore. Ils nous engagent à travailler dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Pour ce faire, nous nous engageons à mettre en place une commission éthique. La première réunion a eu lieu en Mars 2016.

L'établissement doit être un lieu de vie agréable et aidant pour les résidents, ancré dans son territoire. La convention tripartite nous oblige à formaliser des relations locales de collaboration et de partenariat avec les hôpitaux et les unités de soins mobiles mais également avec les associations.

C'est ainsi que nous avons créé un jardin thérapeutique. Ce dernier a vu le jour en 2013 avec l'Association « Fais-moi un jardin », présidée par Eliane Courbou-Faix, paysagiste. Son association a pour objectif de concevoir des jardins à visée thérapeutique dans des établissements spécialisés ou des espaces publics. Sa particularité réside dans le fait qu'ils sont réalisés par des bénévoles qui assurent leur entretien en proposant des animations aux résidents. Cependant, il est nécessaire de faire appel à une société professionnelle pour le gros œuvre.

Nous avons pour objectif d'aménager un espace pour recevoir les familles tout en respectant leur intimité. La direction précédente a installé au troisième étage un restaurant à destination des résidents et des familles. On y trouve également des distributeurs de boissons, de friandises, et des jeux de sociétés dans une ambiance cosy et confortable.

Sur le plan RH, nous nous sommes engagés dans une politique de formation avec l'objectif d'une montée en compétence de nos équipes vers la spécialisation dans l'accompagnement des séniors avec des troubles expressifs du comportement.

Une procédure d'accueil des nouveaux salariés a été mise en place en 2013.

Concernant l'accompagnement, nous avons des objectifs quantitatifs précis :

- 100% des projets personnalisés individuels formalisés et suivis
- 100% des dossiers administratifs avec le recueil des directives anticipées
- 100% des protocoles d'entretien et de contrôle formalisés et suivis dans une démarche qualité

Nous devons développer au travers de nos projets de soins, d'animation et d'hébergement une dynamique cohérente pour que le projet d'établissement soit le cadre d'un environnement agréable et personnalisé. Le projet de soins est axé sur l'accompagnement des personnes désorientées afin de maintenir leur autonomie. Le projet d'hébergement est orienté sur l'accueil des familles dans la résidence et celui d'animation sur le développement de la vie sociale des résidents d'EHPAD.

Le Flore est inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité grâce au contrôle permanent de ses services. Un suivi des réclamations et des événements indésirables est réalisé. Des enquêtes annuelles de satisfaction sont faites apporter des réponses au plus près aux besoins et aux attentes du public accueilli. Des plans d'actions sont ainsi mis en place dans une politique de l'amélioration continue de l'accompagnement proposé. Nous avons donc créé une commission Menus, une commission Animation et une enquête de satisfaction annuelle afin d'avoir des indicateurs de qualité au plus près des attentes de nos résidents.

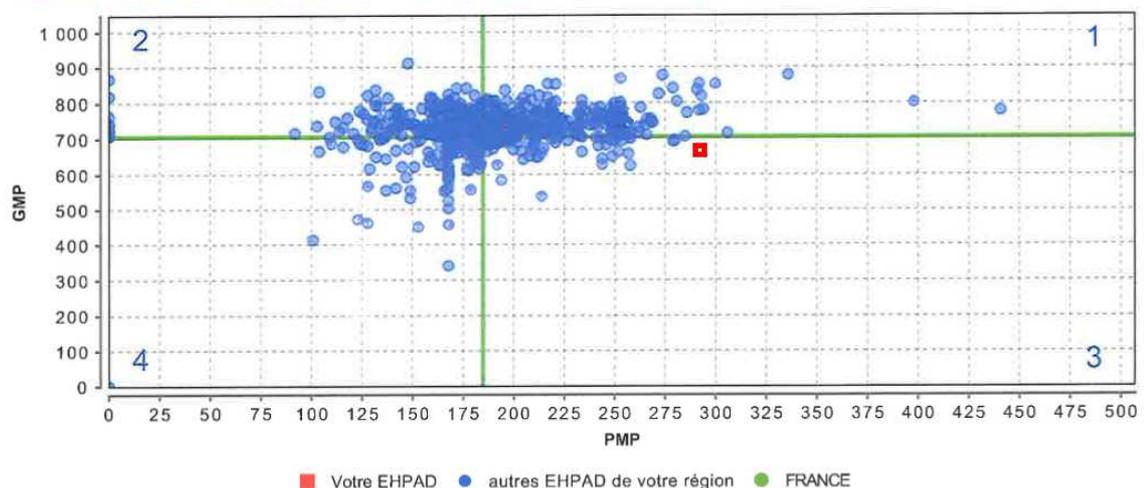
1.2.2 Notre population en chiffre

	Hommes	Femme
Nombres	39	67
Nombre total	106	
GMP	684	
GMPS	1443	
PMP	293	
Age moyen d'entrée	87 ans	
Durée moyenne de séjour	1049.69 jours soit 2 ans et 9 mois	
Provenances principales (départements)	91, 94, 77, 75, 78, 94	
	Nombre	%
Nombres de résidents de 60 à 70 ans	1	0.94%
Nombres de résidents de 70 à 80 ans	6	5.66%
Nombres de résidents de 80 à 90 ans	43	40.56%
Nombres de résidents de 90 à 100 ans	53	50%
Au-delà de 100 ans	3	2.83%
GIR 1	18	16.98%

GIR 2	15	14.15%
GIR 3	44	41.52%
GIR 4	18	16.98%
GIR 5	8	7.54%
GIR 6	3	2.83%
Nombre de personnes souffrant de maladies neurodégénératives	66	62.26%
Nombre de personnes qui déambulent	51	48.11%
Nombre de personnes à risque de sortie à l'insu de l'établissement	14	13.20%
Nombre de personnes en fauteuils roulants	43	40.56%
Nombre de personnes alités grabataires	16	15.09%
Nombre de personnes incontinentes	73	68.86%
Nombres de personnes ayant besoin de soins médicotехniques importants	20	18.87%

L'Assurance maladie propose un profil individualisé de notre EHPAD permettant de disposer d'éléments de dialogue de gestion pour travailler avec nos partenaires et nos équipes. Celui-ci offre également une vue comparative avec les EHPAD nationaux et régionaux. J'ai pu confirmer ces chiffres grâce aux études de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le Gir Moyen Pondéré (GMP) moyen français est de 693 (contre 684 au Flore) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) moyen français est de 181 (293 au Flore). Nos résidents sont donc plus autonomes que la moyenne mais nécessitent malgré tout des soins complexes.

Positionnement relatif de l'EHPAD dans la région au regard du GMP et PMP des résidents



On constate très clairement que l'EHPAD Le Flore n'a pas une population représentative au regard des moyennes nationales.

Cependant, il répond parfaitement aux moyennes régionales en termes de population, 38% des EHPAD de la région ont un GMP entre 600 et 700 et 29% ont un PMP supérieur à 200.

1.2.3 La Résidence le Flore, un lieu de vie

La Résidence Le Flore est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'une capacité d'accueil de 106 lits. Elle est implantée au centre-ville de Montgeron, commune de près de 24 000 habitants en Essonne. Particulièrement bien desservie par les infrastructures de transport, la résidence est accessible par les transports en commun et elle est proche des voies rapides. A 20km de Paris, le Flore bénéficie du rayonnement de la capitale tout en profitant d'un cadre de vie protégée par des forêts et des parcs. Sa proximité avec la gare, la mairie, le commissariat de police, la poste, les commerces et les services lui permet d'être au cœur de vie de la ville.

Elle est née dans les années 60 à l'initiative d'un couple de notables de la ville. Elle fut par la suite reprise par plusieurs entrepreneurs jusqu'à sa reconstruction en 2007. Elle concéda à la mairie une partie de son terrain pour la construction de logements sociaux.

La Résidence Le Flore se veut moderne, adaptée, chaleureuse et transparente. Cela se traduit, dès sa reconstruction en 2007, par une architecture plus élégante aux normes pour les Personnes à Mobilité Réduite (PMR). Elle propose également aux résidents et aux proches un large panel d'activités variées et une politique de communication qui prône l'ouverture avec des journées festives, des repas à thèmes, soirée beaujolais, soirée œnologie...

La Résidence Le Flore se compose de quatre niveaux pour une surface totale de 4089m².

Au rez-de-chaussée, se situent l'accueil auquel on accède par un sas sécurisé avec un digicode. Les services administratifs jouxtent l'entrée. Les locaux techniques, la lingerie, le local entretien, les vestiaires du personnel, les locaux de stockage, l'atelier se trouvent à ce niveau. Au même titre que le pôle médical avec l'infirmier, le bureau de l'infirmière diplômée d'état coordinatrice (IDEC), du médecin coordonnateur, de la psychologue et de la psychomotricienne. Enfin les cuisines et le salon principal climatisé accueillent, entre autres, les repas à thème et les animations regroupant l'ensemble des Résidents.

L'unité de vie protégée « les Tournesols » disposent de 13 lits dédiés dite « unité cocooning » et la salle de balnéothérapie.

Le 1^{er} étage est notre unité de vie dédiée aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives comptant 31 lits.

Chaque unité dispose d'une salle de restauration et d'un salon de télévision. Un salon de coiffure se trouve également à cet étage.

C'est ce lieu de vie spécifique qui est l'objet du projet.

Le 2^{ème} étage dispose de deux ailes composées respectivement de 12 lits et de 19 lits.

Une salle de restauration accueille l'ensemble des résidents de cet étage pour le déjeuner et le dîner. S'y trouvent également le bureau des délégués du personnel, l'espace accueil de jour, un salon télévision et une bibliothèque

Le 3^{ème} étage est construit sur le même modèle que le 2^{ème}. Il dispose en plus d'un salon « bistro », salle de restauration réservée aux résidents lorsqu'ils reçoivent des invités et d'un salon des familles avec une télévision où se déroulent des animations telles que le groupe de prières, la revue de presse, etc.

En outre, l'enceinte de la Résidence renferme une terrasse aménagée et un jardin à visée thérapeutique.

L'architecture de la Résidence est ergonomique. Pensée architecturalement comme un hôtel, il manque toutefois des espaces de travail comme une salle de réunion, des locaux de services et des rangements. Les espaces communs sont, de fait, modulables pour multiplier leurs potentialités. Les obligations du code du travail sont respectées. Le personnel bénéficie de vestiaires, d'une salle de repos et d'un bureau des représentants. Cependant l'étroitesse de certains locaux limite le confort des salariés.

Selon la commission de sécurité de Mars 2016, Le Flore, bâtiment de type J de 4^{ème} catégorie, répond parfaitement aux obligations légales qui lui incombent en matière de sécurité des biens et des personnes. Cette commission nous a permis de finaliser la validation des modifications faites en matière de système de sécurité incendie. En effet, l'aménagement des espaces du premier étage, unité de vie dédiée à l'accompagnement des personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives, nécessite l'ouverture continue de portes coupe-feu, et leur fermeture automatique lors du déclenchement du Système de Sécurité Incendie (SSI). Ces changements, faits selon la procédure en vigueur, ont été autorisés.

Des audits internes renforcés par les examens des différentes agences de contrôles, de gestion et des tutelles certifient du respect des normes sanitaires (HACCP, anti-légionnelle, ...).

Toutes les circulations sont adaptées aux personnes à mobilité réduite : pentes, largeurs de porte, signalisations, interphones, etc. Au-delà de la loi, le Flore a été conçu de sorte que l'autonomie des résidents soit favorisée. Des barres d'appui longent tous les couloirs, les couleurs sont étudiées pour favoriser l'orientation. Le personnel est identifiable selon la couleur de la blouse.

Le Flore répond aux obligations législatives encadrant l'exercice de ses fonctions.

Les outils de la loi 2002-2 sont en place et actualisés régulièrement.

Les nouvelles normes du travail sont intégrées.

Les dispositifs de la loi ASV sont en cours de lancement. La WIFI sera bientôt disponible dans tout l'établissement, engendrant un projet de modernisation de la traçabilité. Le financement des équipements de la prestation sociale se fait progressivement.

1.2.4 Les ressources humaines

A) Les équipes

Concernant le pôle soins de l'EHPAD, les **soignants** sont des aides-soignants (AS) ou des aides médico-psychologiques (AMP) diplômées. Ils ont pour fonction d'accompagner les résidents dans les actes de la vie quotidienne. Ils pratiquent les soins de nursing. Ils sont en veillent sur la santé physique et psychologique des résidents. Les soignants contribuent à la prise en charge globale de la personne par le maintien de son autonomie et de sa vie sociale. Ils participent à l'élaboration et à la mise en place des projets personnalisés individuels des résidents.

Les **infirmières** ont la responsabilité de délivrer les actes de soins, de mettre en place et suivre les prescriptions médicales. Elles programment les rendez-vous médicaux extérieurs (prise de rendez-vous, contact avec les professionnels pour bilan, commande d'ambulances). Elles s'occupent des commandes de médicaments.

Les infirmières sont les managers de proximité des soignantes. Elles permettent à la cadre de soins de concilier les dimensions stratégiques et opérationnelles de son poste. Elles assurent la mise en place des projets des résidents. Elles font l'interface entre le terrain et la cadre de soins. Autonomes dans leurs tâches, leur expertise est précieuse pour l'évaluation de la santé morale et physique des résidents. Elles ont également un

rôle de prévention sur différentes actions : préventions des escarres, prévention d'hygiène. De plus, elles accueillent et forment les stagiaires en soins.

La **psychomotricienne** propose des ateliers individuels ou de groupe pour rééduquer des personnes confrontées à des difficultés psychologiques vécues ou exprimées par le corps. Elle propose une expertise psychomotrice de chaque résident. Elle évalue les risques de chutes, décèle les postures vicieuses, et développe la confiance en soi et la prise de conscience de soi. Elle participe à l'élaboration des projets des résidents.

Concernant le pôle hébergement, les **hôtelières** sont des agents de service hospitalier (ASH) diplômés. Supervisées par la Responsable hébergement, elles assurent l'entretien des locaux communs et privés de la Résidence. Elles ont également une mission de service : elles servent et desservent les repas des résidents. Les hôtelières contribuent à offrir un environnement agréable aux résidents.

Les **cuisiniers** assurent la préparation et la fabrication des repas des résidents et du personnels dans notre cuisine centrale, managés par le Chef cuisinier.

L'**hôtesse d'accueil** accueille, renseigne et oriente les personnes qui se présente à la Résidence. Elle gère le standard téléphonique et le courrier. Elle s'occupe également de la gestion courante de la vie des résidents : rendez-vous coiffeur, visite des familles, sortie à l'extérieur. Elle doit transmettre les informations aux bons interlocuteurs.

Elle s'occupe également de certaines tâches administratives en soutien de l'**assistante de direction**. Cette dernière est en charge de la comptabilité, de la paie et de la facturation de la Résidence.

L'**animateur** est en charge de l'animation de la Résidence. Il propose un programme d'animations adaptées à la personne âgées. Il organise et prépare les prestations des intervenants extérieurs de son domaine de compétences.

C'est la rencontre pluridisciplinaire des équipes qui offrent aux résidents un accompagnement global en adéquation avec leurs besoins.

La Résidence Le Flore est soumise à la Convention Collective Nationale de l'hospitalisation privée du 18 Avril 2002.

Vous trouverez en annexe l'organigramme de notre résidence.

Des fiches de postes encadrent le travail de l'ensemble des acteurs de la Résidence.

Le turn-over des équipes est modéré. Cela peut s'expliquer par l'ancienneté moyenne qui apporte, au regard de la convention collective, des avantages financiers certains. Nous avons constitué un pool de vacataires avec lesquelles nous avons l'habitude de travailler pour assurer les remplacements des soignantes et des hôtelières. Elles connaissent notre fonctionnement et nos protocoles : elles sont plus rapidement opérationnelles et sont plus vite identifiées par nos résidents.

B) L'équipe de direction

J'ai pris mes fonctions en Décembre 2015. J'ai rapidement pu établir des relations de confiance avec les chefs de service, m'offrant ainsi la possibilité de prendre mes marques grâce à un opérationnel solide. Nous avons pu lancer la dynamique de projet et définir un calendrier.

L'équipe de direction qui forme le CODIR est composé de la Directrice, de la Responsable hébergement, de la cadre de soins, de la psychologue et du chef de cuisine. Sont conviés en fonction de leur planning et des actualités, l'assistante de direction, le responsable de maintenance et sécurité, et le MEDCO pour un CODIR élargi.

Cette instance CODIR se réunit une fois par semaine. Un compte-rendu est élaboré à chaque réunion et transmis aux participants. La date de la prochaine réunion est votée à chaque fin de réunion et inscrite au compte-rendu.

Elle traite de l'actualité et de la gestion de la Résidence. Elle suit l'avancement des projets, les entrées, les sorties et le budget.

C'est également dans cette instance que sont programmés les grands rendez-vous. Elle permet la coordination des différents pôles de la Résidence. Le CODIR nous permet également d'échanger sur les orientations stratégiques de la Résidence.

Les chefs de services sont les managers de leurs services. Leurs services correspondent à un pôle de la Résidence : la responsable hébergement est en charge de la dimension hôtelière de l'établissement, et la cadre de soins (ou IDEC) a la responsabilité du pôle soins. Ils me font un point hebdomadaire en CODIR du fonctionnement, besoins, et irritants rencontrés selon des outils de reporting et de suivis.

Les chefs de service transmettent les informations du CODIR à qui de droit pour la diffusion de l'information. Si nécessaire, une note de service ou d'information est affichée

dans les endroits stratégiques de la résidence en fonction de ses destinataires : salariés, résidents, famille, etc.

Les chefs de services ou responsable Hébergement, Soins, Maintenance/Sécurité, Administration, Animation, sont en charge des plannings de chaque pôle en terme RH et d'activités en lien avec les projets individualisés des résidents ou le fonctionnement de la Résidence. Ils disposent d'une enveloppe budgétaire mensuelle mais doivent me déposer une demande d'investissement pour tout achat supérieur à 500€.

Ils peuvent également représenter la Résidence lors d'évènements internes comme lors de la Commission éthique animée par la psychologue ou externe, journée de formation ANAP.

Enfin, la cadre de soins est identifiée comme ma collaboratrice clé, qui prend le relai en mon absence. Elle a la délégation de signature et une fiche mission.

C) La politique managériale :

Le projet social d'entreprise repose sur 5 piliers qui animent la politique managériale du Flore.

Les **Usagers** et leurs familles sont au cœur de nos préoccupations. Nous devons répondre à leurs besoins et leurs attentes dans un esprit bienveillant et bien-traitant. Véritables acteurs de leurs accompagnements, ils sont notre référentiel pour développer la qualité de nos prestations au sein de nos services. Etre reconnu par nos usagers pour la qualité de nos prestations est notre objectif.

Les **Hommes** sont notre force de travail. J'entends par ce terme tous les acteurs travaillant avec et autour de nos résidents. Nous sommes constitués en équipe pluridisciplinaire. Notre métier est profondément humain. La valorisation du travail des équipes par la formation, la montée en compétence, l'écoute managériale, la reconnaissance hiérarchique est centrale. Ce sont des métiers difficiles qui demandent un investissement tant psychologique que physique. L'entraide et la qualification sont donc indispensables pour un travail de qualité. C'est l'engagement de maintenir au plus haut niveau le savoir-faire de chacun en facilitant les évolutions professionnelles.

La recherche constante de **Performance** nous oblige à nous interroger sur nos pratiques professionnelles. En effet c'est l'adéquation entre la cohérence et la pertinence. Notre travail est cohérent, répondant au vieillissement global de la population européenne

et il s'inscrit dans la logique des politiques publiques actuelle. Mais également pertinent dans le sens où il répond aux besoins du territoire du Val de Marne et du Val d'Essonne. Nous nous efforçons d'agir dans une logique d'efficacité afin de garantir les résultats les plus satisfaisants. Cela nous permet de ne rien considérer comme acquis et de nous repositionner autant que nécessaire face aux besoins et à l'offre de service à destination des personnes âgées du territoire.

L'**Innovation** nous incite à être dans une dynamique de progrès continu. Cela est rendu possible par une veille active des évolutions en matière d'accompagnement et par un plan de formation favorisant le développement des compétences. Dans une démarche d'amélioration continue, en appui sur le travail de nos équipes de terrain et soutenus par des spécialistes, nous développons les offres de demain.

Grâce à l'innovation, le **Développement** de la Résidence est possible. C'est par le rayonnement de la qualité de son accompagnement que les équipes du Flore pourront inscrire durablement l'établissement dans le réseau de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées.

Les valeurs qui sous-tendent le travail de tous les collaborateurs du Flore sont :

La Bienveillance : faire de la considération pour l'autre un pilier de notre activité

Etre bienveillant, c'est faire preuve de gentillesse à l'égard de nos résidents, par des gestes attentionnés, un sourire, un mot, une attention à l'occasion des anniversaires, une écoute et des échanges rassurants. C'est aussi respecter leur vie privée, assurer une prise en charge personnalisée en fonction des goûts de chacun et garantir la confidentialité de nos relations.

La Responsabilité : garantir ensemble le bien vieillir de nos résidents

Assurer la sécurité de nos résidents, prévenir les situations à risque, informer les familles : c'est cela l'esprit de responsabilité. C'est aussi considérer chaque client comme une personne unique, avec son histoire, ses préférences et ses capacités. Nos équipes veillent ainsi à placer chaque résident au cœur de leurs actions

L'Initiative : développer chacun notre capacité d'action

Soucieux de toujours mieux accompagner nos résidents, nos équipes sont engagées dans une démarche continue de remise en question, d'échange et d'optimisation. Ce sont cette capacité d'initiative et notre ouverture vers l'extérieur qui nous permettent d'innover pour mieux répondre aux besoins de nos usagers.

La Transparence : développer la confiance en étant clairs et vrais

Nos équipes sont à la disposition des résidents et de leurs familles pour les informer et les aider à mieux comprendre nos pratiques et le fonctionnement de nos établissements.

Le mode de management mis en place traduit nos pratiques. Les différents chefs de service sont disponibles et encouragent leurs équipes. Des réunions régulières permettent l'échange et la remontée des problématiques afin de favoriser un climat de travail serein, centré sur la qualité de l'accompagnement.

De nombreux protocoles encadrent le travail des différents acteurs afin d'assurer la conformité avec le cadre de fonctionnement des EHPAD. La connaissance pointue des protocoles de travail au sein de la Résidence est la garantie de la qualité de l'accompagnement.

Toutefois l'ancienneté moyenne assez élevée des personnels engendre un travail par affinité créant parfois des problématiques managériales. La composition des équipes conditionne le bon esprit ou le manque d'esprit d'équipe. Le manque d'entraide et de collaboration en interne peut perturber le bon fonctionnement de la Résidence. Ils viennent créer des crispations entre collègue, des dysfonctionnements et des dynamiques de territoire. En effet, même les résidents ont identifié les roulements « qui fonctionnent ».

La dynamique de réactualisation du projet d'établissement m'offrira l'opportunité de mobiliser l'ensemble des professionnels autour d'un objectif commun et de faire évoluer les habitudes de travail.

De plus, elle permet d'intégrer et de formaliser l'ensemble des procédures mises en place tout en leur donnant du sens en appui sur les travaux des différents groupes de travail. Grâce à la dynamique de projet mis en place au premier étage, je peux anticiper les problématiques managériales que nous risquons de rencontrer lors de la réactualisation du projet d'établissement.

D) La formation

La résidence est engagée depuis plusieurs années dans une politique de formation. Chaque année, les salariés sont reçus par leur supérieur hiérarchique pour un entretien individuel lors duquel une appréciation globale de leur travail est réalisée. Leurs souhaits d'évolution professionnelle sont également recueillis. Leurs conditions de travail sont également abordées. C'est un moment de partage mais surtout de construction collective.

Des facteurs comme l'ancienneté, le niveau de qualification, la date de la dernière formation, l'investissement, et les besoins de la Résidence sont pris en compte.

L'évaluation du plan de formation de l'année précédente est réalisée.

Un comité carrière, composé du CODIR élargi, se réunit annuellement pour convenir de l'accès au souhait de chaque salarié.

Avec l'ensemble de ces informations, nous élaborons le plan de formation, puis nous le présentons aux instances représentatives du personnel. Vous trouverez en annexe plan de formation détaillé. Les orientations de ce dernier ont été établies en fonction des résultats des évaluations internes et externes, et des besoins des services repérés sur le terrain. En dynamique de projet, nous avons intégré les besoins de ce dernier au plan de formation. Orientés sur l'accompagnement des personnes ayant des troubles du comportement, nous prôtons un accompagnement selon l'approche Montessori adaptée aux personnes âgées. L'ensemble des soignantes et des hôtelières de l'unité de vie ont suivi ou vont suivre une formation de 35h pour adapter leurs pratiques professionnelles.

- Développer les compétences managériales des cadres
- Former les soignants et les hôteliers à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neurodégénératives ayant des troubles du comportement
- Moderniser les pratiques professionnelles

Une enveloppe annuelle de 21 000€ est prévue pour financer le plan de formation. Je compte sur l'obtention de crédits non reconductibles pour participer au soutien financier de ce programme.

Soucieux de la qualité de l'accompagnement proposé, nous avons proposé des formations, en interne, d'approches et d'appréhension de l'expression des troubles du comportement, de gestion de l'apathie, de prévention de sortie à l'insu de l'établissement pour faire face à la déambulation.

Le suivi de l'avancement et de la réalisation du plan de formation est réalisé par la secrétaire d'accueil. Référent « Bonnes pratiques » de l'établissement, elle joue un rôle central dans notre politique d'amélioration continue de la qualité. Elle consigne tous les protocoles et procédures de l'établissement. Elle suit également la réalisation du plan de formation, enregistre les certificats de formation et assure le rappel des programmations de formation.

Le plan de formation a été présenté aux différentes instances représentatives du personnel.

Les relations avec ces dernières sont très collaboratives.

Je réponds aux obligations du Code du travail. La réunion avec les délégués du personnel se fait tous les derniers lundis du mois et nous augmentons notre temps de réunion d'une heure tous les trois mois pour réaliser le CHSCT. Des convocations sont envoyées en amont à tous les participants et un compte-rendu est réalisé et diffusé aux salariés pour

chaque instance. Ils sont consignés dans un classeur identifié en salle de repos du personnel.

La discussion est constructive et le travail se fait en bonne intelligence. Les représentants disposent des locaux et des moyens pour exercer leurs fonctions dans de bonnes conditions. Le DUERP, les PV et comptes rendus de réunions sont consultables et à disposition des salariés. Les affichages réglementaires sont respectés et régulièrement contrôlés.

E) La communication interne et externe

La communication interne :

Pour les informations à destination des familles et des résidents, des panneaux d'affichage à chaque étage ainsi qu'à l'entrée de la résidence proposent le programme hebdomadaire d'animations, et les événements phares à venir. Ils permettent de diffuser des informations quant à l'organisation ou le fonctionnement de la résidence. Les ascenseurs possèdent également des encarts d'affichage qui transmettent des informations de manière efficace.

L'ensemble de la résidence est doté d'une signalétique pour faciliter l'orientation des résidents et des visiteurs dans les locaux.

En ce qui concerne les informations relatives aux salariés, nous disposons de panneaux d'affichage à des endroits stratégiques : salle de pause, sortie des vestiaires, bureau de soins, bureau de la responsable hébergement. Nous respectons l'affichage obligatoire lié au code du travail.

De plus, un ensemble de réunions permettent de coordonner l'ensemble des services, de diffuser des informations, et aux chefs de service d'être au plus près des besoins des résidents et des équipes.

La réunion de **Transmission soins** est le moment d'échange quotidien lors de la prise de service. Les soignants, les infirmières et la cadre de soins font un point sur les actualités en termes d'accompagnement médical des résidents.

Une **Réunion soins** est prévue tous les lundis matin. Elle regroupe la cadre de soins, la MEDCO, les infirmières, la psychologue, la psychomotricienne, et moi-même. Nous échangeons sur les actualités des soins, les besoins du pôle et faisons un point sur l'état

de santé générale des résidents en situation fragile. Sont également abordés les désagréments rencontrés dans les services ou avec les familles.

Les **réunions d'équipe (soin ou hébergement)** sont les réunions animées par le chef de service concerné. Elles ont lieu quand le besoin se fait sentir. C'est un temps de transmissions d'informations par les chefs des services à leurs équipes respectives. Ils y présentent les nouveautés et font du management d'équipe.

La **réunion Projet personnalisé individuel** se déroule tous les jeudis. C'est le temps qui permet le dialogue régulier sur les attentes et les besoins de l'usager afin de construire ou de suivre en équipe pluridisciplinaire les projets personnalisés individuel des résidents. C'est la formalisation de la prise en compte des attentes et des besoins des résidents afin de les transformer en objectifs d'accompagnement. Trois à quatre projets sont revus par réunion.

Les **réunions d'informations** me permettent de m'adresser directement à nos équipes afin de leurs faire part des évènements importants, des modifications des conditions de travail, etc. Je transmets ici les informations transversales impactant l'ensemble de la Résidence, les orientations stratégiques et les actualités du groupe. Cet espace me permet également d'appréhender le climat social
Je programme et j'anime une réunion tous les mois.

Le fonctionnement du **CODIR** et du **CODIR élargi** sont précisés dans la partie 1.2.4.B.

Annuellement, j'anime une réunion d'assemblée générale qui me permet de rassembler l'ensemble des professionnels de la résidence afin de rappeler nos objectifs, nos valeurs et les grands projets. Sont invités les membres du siège.

Pour la coordination des services au quotidien, une fiche de liaison est réalisée par l'hôtesse d'accueil, récupérable à l'entrée de la Résidence dans une pochette identifiée. Au recto se trouve la liste des résidents, avec leur numéro de chambre et des caractéristiques spécifiques : texture alimentaire, dotation en eaux gélifiées ou compléments alimentaires, etc.

Cette fiche retrace au verso les évènements de la journée :

- Les anniversaires du jour
- Les animations de la journée
- Les rendez-vous coiffeurs, pédicures, familles
- Les hospitalisations
- Les rendez-vous médicaux

- Les chambres qui nécessitent un grand nettoyage

Elle permet aux soignantes et aux hôtelières d'organiser leurs tâches en fonction de l'agenda des résidents.

La communication externe :

La responsable hébergement et la cadre de soins sont mes collaboratrices clés principales dans la représentation de la Résidence. Elles assurent tout comme moi la partie commerciale inhérente au fonctionnement d'un EHPAD privé. Elles font les visites de la résidence et le suivi des contacts qui s'y présentent en recherche de solutions. Elles m'accompagnent à certains événements du réseau d'accompagnement de notre public. Je m'assure d'être présente dans les regroupements du secteur afin de promouvoir le travail de nos équipes.

Nous organisons régulièrement des événements en invitant nos partenaires mais aussi les commerçants de Montgeron afin d'inciter les gens à venir dans nos murs pour lutter contre les représentations inhérentes aux maisons de retraite.

Je m'assure de la promotion de nos services en fonction des événements de l'année : pendant l'été, je mets en avant notre accompagnement proposé en hébergement temporaire afin de proposer un temps de répit aux aidants. J'inscris la résidence dans tous les événements marquants de la commune mais également du réseau : journée nationale Alzheimer, Carnaval, Fête des voisins.

Mes objectifs sont d'améliorer la visibilité de la résidence pour favoriser l'orientation des personnes âgées vers notre établissement et d'être reconnu pour la qualité de notre travail par les professionnels du secteur.

1.2.5 Le réseau de la Résidence Le Flore

Pour conserver son ancrage dans le tissu urbain, le Flore invite régulièrement les commerçants et les acteurs notables de la commune à ses événements festifs.

Des relations de partenariats et de collaborations, formalisées par des conventions, sont établies et revues annuellement avec des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux gériatriques de la zone d'action de l'établissement. Nous avons par exemple développé des relations étroites avec la Maison de l'Amitié, service municipal à

destination des personnes âgées. Nos résidents sont associés aux moments festifs et/ou culturels.

Nous avons négocié des conditions de prises en charge avec certains hôpitaux et cliniques de notre territoire avec la mise en place d'outils partagés et adaptés à nos systèmes d'informations respectifs.

Nous participons à des rencontres et des échanges entre professionnels lors des commissions éthiques et gériatriques afin d'être reconnus et identifiés.

Sont également à l'œuvre les conventions avec les 18 médecins de ville intervenant auprès de nos usagers. Nous pouvons alors proposer facilement un médecin traitant si besoin. Cela nous permet de garantir une qualité de prise en charge. Les médecins signent une charte. De même, nous avons des conventions nous liant avec 8 kinésithérapeutes, une diététicienne, un dentiste, deux orthophonistes et une podologue. Ainsi la Résidence est connue et identifiée sur son territoire. Elle a une bonne réputation au regard des avis et notations du bouche à oreille, des moteurs de recherches et organismes de placements. Les entrées sont essentiellement garanties par notre réseau de proximité.

La réactivité des professionnels est connue, la mairie a su faire appel à la mobilisation des ressources du Flore lors des intempéries. Les assistantes sociales des hôpitaux et cliniques connaissent notre travail. Nous avons su tisser des liens de confiance grâce à notre transparence.

1.2.6 L'analyse de la concurrence

La Résidence le Flore compte 6 autres EHPAD sur son territoire d'action. Une enquête de terrain m'a permis d'identifier les différents services proposés et leurs qualités.

Dans chaque établissement, j'ai pu rencontrer le directeur ou le cadre des soins et j'ai visité les locaux. Nous avons pu échanger sur les pratiques professionnelles spécifiques d'accompagnement des personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives.

J'ai utilisé une matrice, jointe en annexe, pour récolter les informations. Elle permet de collecter des informations sur un établissement de manière efficace. Elle renseigne les caractéristiques d'hébergement (nombre de chambres, type de services, type de prestations complémentaires) et les caractéristiques soins (type d'accompagnement, encadrement soins, professionnels médicaux et paramédicaux).

J'ai ensuite traité ces données afin de positionner mon établissement au regard des propositions de son territoire. Croisée avec les besoins du territoire, cette veille « concurrentielle » permet d'être réactif et de s'adapter en fonction des évolutions mais également d'avoir un regard critique sur le travail réalisé en interne.

De cette analyse, je peux conclure que La Résidence Le Flore propose l'un des meilleurs équipements de son territoire d'actions pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, en particuliers, souffrantes de maladies d'Alzheimer et assimilées. Sa localisation en centre-ville, à proximité des services, est idéale. Mis à part Mélavie, tous les autres EHPAD sont excentrés des cœurs de ville offrant des parcs extérieurs intéressant mais ils sont isolés. Leur identification et leur accès, surtout en transport en commun tant pour les salariés que pour les visiteurs, ne sont pas idéales.

Le Flore doit faire face à une concurrence neuve. Les établissements ont majoritairement moins de 10 ans (âge du Flore). Ils possèdent des équipements plus modernes et intégrés dès lors conceptions. (WIFI dans tout l'établissement, domotique, salle de spectacle). Cependant, son bon entretien et la réfection régulière des chambres et des espaces communs ne laissent pas transparaître de signes de vétusté.

La Résidence possède la plus grande autorisation en termes de capacité d'accueil et sa dotation de soins, au regard des tickets modérateurs concurrents, est supérieure. Sa taille modeste (comparé à sa capacité) est appréciée par nos usagers, leurs familles et nos visiteurs, lui conférant une ambiance chaleureuse détachée de la dimension médicale inhérente aux EHPAD. De plus, nous sommes le seul établissement à avoir fait le choix d'opter pour des salles de restaurant dans chaque étage. Ainsi, les problèmes liés à la mobilisation des ascenseurs « aux heures de pointes », à la mixité de profils pathologiques de nos résidents impactant leurs psychismes, ou encore à la cacophonie sont inhibés. Les repas étant des moments très importants pour nos résidents, nous avons à cœur de leur offrir des conditions optimales pour que le moment soit le plus agréable possible.

Mis à part l'offre de PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés), elle propose différentes formes de services à destination des personnes âgées et plus particulièrement des personnes souffrant de maladies neurodégénératives. L'hébergement temporaire et l'accueil de jour sont également pensés comme des solutions de répit pour les aidants.

Mais l'offre ne fait que croître. Une veille constante sur les ouvertures et les appels à projets s'impose. Chaque établissement fait preuve d'initiative et d'imagination pour conserver sa part d'action sur le territoire.

1.2.7 Les moyens financiers

Le financement de la Résidence est encadré par la convention tripartite. Nous sommes en tarification partielle sans Pharmacie à Usage Interne (PUI).

La Résidence Le Flore est en bonne santé financière. Excédentaire sur les trois derniers exercices, la politique budgétaire mise en place porte ses fruits.

Nous effectuons un suivi budgétaire mensuel afin d'observer l'évolution de nos postes de dépenses. Nous adaptons nos commandes et notre masse salariale en fonction de notre taux d'occupation.

La politique d'investissements est efficace. La réfection des locaux est régulière. Le système informatique est performant et doté de logiciels adéquats avec l'exercice de nos missions. Les amortissements sont suivis permettant le renouvellement du matériel.

La dernière acquisition importante a été le véhicule 9 places pour les transports du service d'accueil de jour.

Notre statut nous oblige à porter un intérêt particulier au suivi de notre chiffre d'affaire. Il est déterminant dans notre volonté de nous développer.

2 Situation d'écart - Problématique

2.1 Définition des concepts clés pour une lecture consensuelle

Personnes âgées :

« Est une personne âgée, toute personne plus âgée que la moyenne des autres personnes de la population dans laquelle elle vit » publication au J.O. du 4 Juillet 1985

Dépendance :

Sont définies comme dépendantes les personnes « qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour accomplir des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ». Art.L.232-1 du CASF.

Maladie neurodégénérative :

La maladie neurodégénérative recouvre une catégorie de maladies du cerveau qui affectent les capacités intellectuelles, mémorielles, de jugement, de logique et altèrent les fonctions sociales ayant des conséquences graves sur le comportement. Il est essentiel d'être vigilant sur les changements d'humeur, indicateurs d'une souffrance physique ou morale. Les maladies neurodégénératives engendrent une diminution des capacités verbales et d'adaptation créant ainsi une hypersensibilité à l'environnement. En ce sens, elles entravent les relations sociales de l'individu et le rendent vulnérable.

Unité de vie dédiée :

Pour offrir une réponse adaptée aux besoins des personnes souffrant d'une maladie de type Alzheimer, les unités de vie dédiée sont des structures d'accueil existantes en EHPAD permettant de les prendre en charge de manière optimale. Elles répondent à un cahier des charges spécifiques selon le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2009. La Circulaire DGAS/DSS/DHOS n°2009-195 du 6 Juillet 2009 relative à leur mise en place détaille les conditions de fonctionnement. Ces unités ont pour objectif d'offrir à ce public un environnement et un accompagnement adaptés à leurs besoins spécifiques.

Parcours de l'utilisateur :

Le parcours de l'utilisateur suppose à une capacité d'adaptation et de réactivité de l'ensemble des acteurs de l'accompagnement. Il induit la notion de projet personnalisé pour conceptualiser et maîtriser au mieux la démarche dans sa globalité et sa cohérence. Il inclut une mise en lien des acteurs de l'accompagnement dans un système relationnel professionnel, claire et stable.

Continuité :

La notion de continuité se décline dans le temps et dans l'espace. Elle est garante de la mise en place de moyens sur un territoire par des professionnels du secteur social et médico-social voire du secteur sanitaire pour assurer le suivi et le maintien des soins ou de l'accompagnement d'un usager en fonction de son évolution. Elle renforce l'intérêt du travail en réseau et permet de développer la mutualisation de ressources.

Aidants familiaux :

C'est l'ensemble des proches accompagnant quotidiennement une personne malade ou en situation de handicap quel que soit son âge. Il y a une relation de dépendance entre le proche et l'aidant, qui oblige ce dernier à adapter sa vie personnelle et professionnelle. Les aidants familiaux jouent un rôle de coordinateur auprès des professionnels.

2.2 Identification des besoins et des attentes des personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives

2.2.1 Les besoins et les attentes de ce public

Pour comprendre les méthodes spécifiques d'accompagnement proposées, il est nécessaire d'avoir des connaissances sur l'expression des symptômes et ce que ça implique. Il faut comprendre ce que les personnes souffrant de maladies neurodégénératives vivent.

La maladie débute par une incapacité à enregistrer. Souvent, cette perte passe inaperçue. Les proches font preuve de tolérance et justifient l'oubli par l'avancée en âge ou la fatigue ponctuelle. La personne elle-même met en place des stratagèmes afin de compenser son déficit. Ensuite viennent les troubles de l'attention. Les mots manquent, la capacité de concentration se réduit, l'humeur change. Peu à peu, le jugement de la personne est altéré.

La maladie progresse. Les troubles du comportement sont de plus en plus expressifs : troubles de la perception, agitation, anxiété, instabilité motrice, déambulation, angoisse nocturne, apathie, cris, agressivité. Les symptômes prennent progressivement le dessus sur la personne. Elle perd le langage, la capacité d'écrire. Elle devient dépendante de son entourage, incapable de réaliser seule les actes courants de la vie.

L'avancée dans la maladie engendre l'isolement social.

Ces difficultés augmentent la sensibilité de la personne, qui, lorsque la cognition diminue, devient alors plus instinctive. Elle s'exprime par ses attitudes. Elle se fit à sa mémoire

émotionnelle. Elle conserve une empreinte vis-à-vis de ses ressentis, en particulier dans ses relations aux autres. Cependant, « elles savent nous faire comprendre un certain nombre de choses sur leur démence, à partir du moment où nous essayons de ne pas les considérer uniquement comme des déments, mais comme des êtres humains souffrants, incapables d'exprimer leurs difficultés autrement que par des comportements absurdes ou incohérents »⁹.

L'ANESM, dans sa recommandation de bonne pratique « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissements médico-sociaux » propose un guide quant à l'accueil et la prise en charge de ce public en EHPAD.

Tout d'abord, une place importante est consacrée à l'accueil. Il est recommandé de se référer aux bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en Mars 2008 « Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ». Il est important d'avoir une procédure d'accueil pour que le projet de la structure soit en cohérence avec la situation de la personne. Il est donc nécessaire de définir des critères d'entrée : niveau de dépendance, capacités de communication, intensités des troubles, poids de la prise en soins. Le consentement de la personne ou au moins son adhésion au projet est centrale. Cependant, nous savons que dans la pratique, ils ne sont pas évidents à obtenir. Nous rechercherons alors leur « assentiment »¹⁰, base d'une collaboration dans la construction de leur projet personnalisé.

Au même titre que les prérequis d'admission, les critères de sortie doivent être connus et évoqués avec l'usager et l'aidant.

Le projet personnalisé doit être établi dans les 3 à 6 mois suivant l'admission. Il regroupe et se nourrit durant tout le séjour du résident des informations et des observations des professionnels et de la famille. La participation du résident doit être constamment recherchée.

Il est composé de deux volets :

- La qualité de vie : consentement, directives anticipées, personne de confiance, histoire de vie, habitudes, goûts, centres d'intérêt, loisirs, croyance, etc.
- Les soins : « évaluation gériatrique globale comprenant notamment celle des fonctions cognitives, des capacités fonctionnelles, des comorbidités et des complications telles que les troubles psychologiques et comportementaux et une enquête étiologique. Ce volet

⁹ MAISONDIEU J., *Le crépuscule de la raison*, ed Bayard

¹⁰ ANESM, « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissements médico-sociaux », Février 2009

précisera aussi les besoins de soins, les risques individuels, les mesures thérapeutiques mises en œuvre, le suivi des besoins et des thérapeutiques, les points à surveiller »¹¹

Le projet est réévalué régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire lors de réunion piloté par le médecin coordonnateur. Il veille aussi à sa bonne mise en œuvre et à son suivi. Des outils permettent l'objectivation des capacités du résident tels que le MMSE ou le NPI-ES.

L'accompagnement au quotidien nécessite de « construire un environnement et une relation optimisés avec la personne par une organisation et une structuration de la journée personnalisées, par des interactions sociales, et par une attention pour la solliciter et la stimuler à bon escient. »¹²

Il est recommandé que la journée soit rythmée mais « le rythme collectif ne doit pas contraindre les rythmes individuels »¹³. La réalisation des actes de la vie doit être un moment à visée thérapeutique. J'entends ici que ce doit être un temps stimulant, axé sur le maintien des capacités et de l'autonomie du résident. Il est important d'être vigilant aux douleurs et aux fragilités de chacun, la bienveillance des accompagnants est centrale.

La vie sociale ne peut être négligée. Une ambiance chaleureuse, sécurisée et confortable est recherchée. Il faut encourager les personnes à avoir des interactions avec leur environnement et les gens qui le composent. L'animation par diverses méthodes ludiques, thérapeutiques, individuelle ou en groupe participe au rythme des journées. Créer des routines, des habitudes tout en restant en veille sur ces pratiques augmente la possibilité d'orientation temporo-spatiale des personnes accueillies. Cette notion doit soutenir le projet de l'unité.

La participation de la personne sera toujours recherchée.

L'équipe devra mener une démarche éthique quant aux niveaux de risques acceptables sur les conditions d'accueil des résidents.

Les aidants et les proches ont une place incontournable dans l'accompagnement et le projet du résident. Cependant, la structure doit leur proposer un soutien actif. En effet, être aidant à un impact non négligeable sur le moral, la santé, la vie sociale ou professionnelle. Elle doit leurs offrir un espace de dialogue comme les groupes de parole,

¹¹ Op. Cit

¹² Op. Cit

¹³ Op. Cit

des entretiens individuels, un accompagnement sur place ou téléphonique. Si l'établissement n'est pas en mesure de le faire, elle doit se mettre en lien avec des partenaires compétents : association, CCAS, CLIC. L'établissement doit, dans la mesure du possible, proposer différents modes d'accueil afin de s'adapter au mieux aux besoins également des aidants (accueil de jour, hébergement temporaire).

2.2.2 Des réponses à l'accompagnement des troubles du comportement chez la personne âgée

- A) La méthode Montessori adaptée à l'accompagnement des personnes âgées souffrant de maladies types Alzheimer

La méthode Montessori a été inventée par Maria Montessori (1870-1952). Médecin italien, elle a longtemps travaillé auprès des enfants considérés à l'époque comme « débiles ». Elle met en avant dans ses recherches l'importance de l'environnement dans lequel l'enfant évolue. Plus cet environnement est stimulant et adapté, plus l'enfant progresse. Sa devise : « Aide-moi à faire seul ». Cette méthode promeut le respect, la dignité et l'égalité de tous les êtres humains, quelques soient leurs caractéristiques.

C'est le Professeur Cameron J. Camp, membre de la *Gerontological Society of America* qui dès 1995 reprend les concepts de la méthode Montessori pour l'accompagnement des personnes âgées. Il a écrit de nombreux ouvrages mettant l'accent sur la conception et l'évaluation des interventions selon cette méthode auprès des personnes atteintes de démences et de troubles connexes qui attestent d'après ses expérimentations menées en Australie d'une diminution des troubles du comportement et d'un engagement positif du public accueilli dans leur projet de soins. Il a appuyé ses recherches sur les connaissances issues de la neuropsychologie qui met en exergue les capacités préservées des personnes souffrant de maladies neurodégénératives.

Il existe deux types de mémoire. La mémoire déclarative et la mémoire procédurale. La mémoire déclarative permet l'enregistrement et par conséquent la restitution de connaissances, de faits et des évènements passés ou futurs. Par exemple, connaître la date de la Révolution française, savoir que nous sommes en année de jeux olympiques, se souvenir du mariage d'une cousine, font appel à la mémoire déclarative. Elle est aussi notre réserve de vocabulaire.

Cette mémoire est rapidement affectée par la maladie ce qui entraîne la perte des mots, de ne plus reconnaître ses proches, de ne plus se souvenir.

La mémoire procédurale enregistre nos compétences, nos savoir-faire, nos habitudes et nos conditionnements classiques. C'est grâce à elle que nous avons des routines et des habitudes ou encore que nous sommes experts dans un domaine. La lecture est un bon exemple pour illustrer les mécanismes de cette mémoire. Apprise souvent dès l'enfance, la lecture est un automatisme qui est longtemps préservée ! Cette mémoire rassemble l'ensemble des actions que nous sommes capables de produire « sans réfléchir ».

Elle est plus longtemps préservée, et permet à la personne de faire seule par automatisme ou conditionnement. Cela renvoie à l'importance de l'environnement.

La méthode Montessori a pour objectif de stimuler cette mémoire procédurale grâce à des aides externes matérielles ou humaines.

De plus, le ressenti, l'impression, le sentiment prend le dessus. En effet, la sensibilité de ce public est plus importante. Se sentant plus fragiles, ils développent leurs instincts. Etre rassurant, doux, laisser une bonne impression, un sentiment de confiance sont essentiels dans la construction de la relation entre le résident et les membres des équipes garantissant une adhésion aux actes de soins, et une diminution des angoisses.

Fort de ses connaissances et de son expérience, le Professeur Cameron J. Camp a développé des méthodes d'accompagnement visant à favoriser l'autonomie de la personne en intégrant les symptômes liés à la maladie.

L'approche Montessori adaptée aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs a pour objectifs de permettre à ces personnes d'interagir positivement avec leur environnement en s'engageant dans des activités porteuses de sens et qui offre un rôle social ; de renforcer le sentiment d'utilité, l'estime et la confiance en soi ; de leur permettre d'être aussi indépendantes et autonomes que possible, capable de faire des choix ; et de les traiter avec respect et dignité.

Il résume cette méthode en 12 principes qui sous-tendent le travail d'accompagnement :

- Offrir le choix dès que possible
- Capter son intérêt
- Inviter à participer
- Parler moins en montrer plus
- Se concentrer sur les capacités
- Adapter sa vitesse
- Utiliser des modèles
- Faire manipuler
- Aller du plus simple au plus complexe
- Diviser les activités en étapes
- Introduire et conclure les activités
- S'engager auprès des personnes accompagnées

Les activités ont alors un rôle essentiel. On entend par activités tous les actes de la vie quotidienne et non seulement les animations à visées thérapeutiques ou occupationnelles.

L'environnement doit être doté de repères visuels. Il recommande d'utiliser l'écrit, dans une taille et une police adaptée mais également les contrastes.

Le matériel doit être adapté et accessible. Tout ce qui peut servir de modèle ou d'indices externes est bénéfiques. Il faut cependant veiller à ce que l'information reste claire.

Il rappelle également l'importance de donner le choix qu'il définit dans son interview à AGD Consulting en Avril 2013 comme « donner le choix ça signifie permettre à une personne d'être une personne ».

La méthode Montessori permet l'analyse des comportements problématiques. Elle engage à s'interroger sur les circonstances dans lesquelles le trouble s'est manifesté. Comprendre la motivation de ce comportement est essentiel pour agir sur l'environnement qui l'a provoqué. Mais cette analyse ne peut être complète sans une connaissance pointue de la personne, d'où l'importance donnée au recueil et à la centralisation d'informations avant et pendant l'accompagnement de la personne. Il faut s'interroger sur les circonstances. Une fois tous les paramètres intégrés, nous pouvons agir pour inhiber le facteur d'anxiété créateur du comportement problématique.

Cependant, il ne faut pas négliger l'influence des relations résidents/professionnels dans ce type de situation problématique. Le professeur Cameron J Camp illustre très bien cette idée grâce à l'exemple suivant. Une personne demande sans cesse où se trouvent les toilettes alors qu'elle sait s'y rendre. Ici, le résident demande un contact, du lien social, un échange. Et il a enregistré que c'est en ayant un comportement inapproprié, qu'il aura l'attention des soignantes. C'est ici que nous pouvons mesurer l'impact de l'environnement sur le conditionnement des comportements de ce public.

Des formations permettent d'adapter les pratiques professionnelles à cette méthodes en proposant des solutions concrètes. Elles permettent également de changer de regards sur ce public en axant le discours sur les capacités préservées et non la dépendance. En effet, les maladies neurodégénératives sont perçues comme elles sont nommées, c'est-à-dire comme des maux du corps qu'il faut soigner. On est dès le départ cantonné dans le soin et dans la prise en charge. La personne perd en capacité, perd en autonomie. Le discours est négatif et la personne n'est plus actrice, vu qu'elle subit sa maladie. Alors que ce type de formation invite à voir les capacités préservées des individus. C'est semblable au regard porté par les professionnels sur les personnes en situation de handicap. Je trouve qu'il serait intéressant d'intégrer cette vision dans le

secteur des personnes âgées qui sont malheureusement perçues qu'au travers de ce qu'elles ont perdues et trop peu au travers de ce dont elles sont capables.

B) Les thérapies non médicamenteuses (TNM)

Les thérapies non médicamenteuses ont pour objectif de préserver le plus longtemps possible les capacités restantes et ainsi améliorer la qualité de vie de la personne ; et de réduire les prescriptions médicamenteuses. Cela consiste à s'appuyer sur ce qui a du sens pour le résident sans prétention de vouloir maintenir une compétence. Ces techniques s'appuient sur de la stimulation cognitive.

Ainsi est différencié les « attitudes thérapeutiques » au moment des actes de la vie quotidienne et les « activités thérapeutiques » au moment des ateliers spécifiques. France Alzheimer les définit de la manière suivante :

« **L'attitude thérapeutique** correspond davantage à un état d'esprit : celui de considérer la personne malade comme un être humain capable de réaliser, avec un soutien moral ou physique, certaines actions. On évoque souvent, à titre d'exemple, les actes courants de la toilette, de l'alimentation etc. S'ils n'ont, en soi, rien de purement thérapeutique, ces actes prendront un caractère thérapeutique au travers du relationnel qu'ils suscitent entre la personne malade et son interlocuteur (le toucher, les paroles). Cette attitude thérapeutique permet de prendre parfaitement la mesure des capacités restantes de la personne malade pour ne pas la mettre en situation d'échec.

L'activité thérapeutique, là encore, il convient de distinguer une discipline paramédicale reconnue comme par exemple l'orthophonie des activités d'art thérapie. Par sa compétence en neuropsychologie, l'orthophoniste va à la fois intervenir pour poser le diagnostic, puis agir pendant la prise en soin. Son intervention va avoir pour principaux objectifs de replacer le patient dans la communication avec les autres, lui redonner l'envie de parler. A ce titre, les séances d'orthophonie sont une forme de thérapie non médicamenteuse prise en charge par l'assurance maladie. Parallèlement aux actes « médicaux traditionnels », il existe depuis plusieurs années, différentes approches thérapeutiques non médicamenteuses. Parmi les activités les plus souvent citées, on retrouve l'art thérapie, la musicothérapie, etc. Parce qu'ils s'appuient sur une participation active et volontaire de la personne malade, parce qu'ils mettent en place une relation réciproque inscrite dans le temps entre un professionnel de l'activité concernée et la personne malade, avec des objectifs précis, ces dispositifs sont incontestablement thérapeutiques. »

France Alzheimer propose des supports de sensibilisation en ligne pour le développement de ces techniques dans les établissements et services à destination des personnes âgées souffrant de maladies de type Alzheimer.

L'HAS a d'ailleurs publié en Avril 2011 un rapport d'orientation « Développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées ». Il met en avant entre autres les bénéfices de ce type de techniques sur la relations soignant/soigné et le traitement des insomnies.

L'association Alzheimer Suisse a publié également en 2011 une recommandation de bonnes pratiques professionnelles prônant les TNM pour une meilleure qualité de vie. Selon cette dernière, elles « constituent l'élément centrale du traitement de la maladie d'Alzheimer et des autres formes de démence.»¹⁴ Pour les personnes démentes elles aident à préserver les capacités cognitives et pratiques, renforcer la mémoire, conserver au mieux l'autonomie, renforcer l'estime de soi, favoriser le sentiment d'appartenance, diminuer le stress, atténuer les symptômes comportementaux, améliorer l'humeur, prévenir de l'isolement, et réduire de façon significative le recours aux calmants ou mesures de contentions.

Les TNM peuvent avoir un objectif relaxant ou stimulant. Toujours est-il qu'il faut que ce soit des expériences positives pour la personne. En groupe, elle favorise le sentiment d'appartenance.

Cette recommandation propose des éléments de réponse pour renforcer la mémoire et gérer le quotidien en structurant la journée, en gardant des repères et en préservant les capacités.

Les thérapies suivantes aident les personnes atteintes d'Alzheimer et assimilées à rester intégrées dans la vie quotidienne et à structurer leurs journées par des activités ciblées malgré certains déficits au niveau de la perception, de l'orientation et de la communication.

La thérapie par le milieu est définie comme « une approche globale d'accompagnement visant à adapter les lieux de vie des personnes atteintes d'une démence à leurs perceptions, émotions et compétences. Cette démarche place la personne au centre et implique des changements au niveau de l'entourage, de l'habitat et de l'accompagnement, vu que la personne ne peut plus s'adapter elle-même. Pour ce faire, il

¹⁴ « Les thérapies non médicamenteuses pour une meilleure qualité de vie » Association Alzheimer Suisse, Avril 2011

s'agit de chercher des solutions avec la personne plutôt que pour elle. »¹⁵ L'orientation dans la réalité implique la mise en place de repères pour la personne : étiquettes aux portes et armoires, horloges et calendriers bien lisibles, etc.

L'entraînement de la mémoire, pratiqué en groupe, est surtout recommandé au début de la maladie. Il aide à stimuler les facultés existantes et à les maintenir plus longtemps. Mais, pour que cette thérapie atteigne le but visé, il est important d'adapter très finement les exercices aux compétences de chacun afin d'éviter tout sentiment d'échec.

Le jeu est mis en avant dans diverses méthodes thérapeutiques. Une fois détaché de l'univers enfantin, le jeu aide à préserver la mémoire et la compétence, et permet de partager un moment de plaisir et d'échange.

Le travail biographique tend à utiliser l'histoire de la personne, alors que la thérapie par réminiscence vise à stimuler la mémoire à long terme au moyen de photos, d'objets, de chansons, de musiques, ou encore de mets familiers. Ces ateliers de réminiscence permettent l'évocation de souvenirs positifs et favorisent le sentiment de bien-être. On sait également que les souvenirs qui sont souvent évoqués subsistent plus longtemps.

Les activités d'animation sont essentielles. Elles stimulent les capacités et les aptitudes des personnes atteintes de démence. Les formes sont diverses et variées et ont pour objectifs d'être divertissantes et d'offrir un moment de plaisir à la personne.

La relation avec les animaux peut être réellement bénéfique en particulier auprès des personnes en perte ou ayant perdu le langage. « Ils éveillent souvenirs et sentiments et se laissent peut-être toucher ou caresser. Ils ne posent ni exigences ni questions. »¹⁶

Les travaux de la vie courante, comme la cuisine, la pâtisserie, le bricolage et le jardinage permettent d'enrichir la relation soignant/ soigné dans un lieu de vie. En effet, la relation devient à double sens. En demandant de l'aide, le soignant devient « l'aidé » et participe à la valorisation de la personne accompagnée. De plus, ils partagent ainsi un moment de plaisir, garant d'une relation de confiance.

L'activité physique est recommandée. Reconnue pour préserver des maladies neurodégénératives, elle permet également de ralentir le développement de la maladie.

¹⁵ Op. cit

¹⁶ Op.cit

Elle participe au bien-être et à la confiance en soi. La marche, la danse, la gymnastique adaptée, la natation, sont conseillées.

Les activités relaxantes sont préconisées en particulier après de personnes angoissées ou persécutées. Les techniques de massages, de touchers et de respirations sont diverses, et permettent d'amener au calme ou de partager un moment de plaisir et de bien-être.

L'art-thérapie et la musicothérapie sont proposées par des thérapeutes spécialisés, mais les non spécialistes peuvent eux aussi stimuler la créativité des personnes atteintes de démence. Ces méthodes ont pour objectifs de favoriser l'expression, d'évacuer le stress grâce à des ateliers autour de travaux manuels ou de musique. La peinture et le modelage au même titre que jouer d'un instrument ou écouter de la musique permettent un retour aux sens (toucher, odorat, ouïe).

2.3 Vers une spécialisation dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives

2.3.1 Le service d'accueil de jour

Devant faire face à une problématique de taux d'occupation en baisse, la direction précédente du Flore a fait le choix de développer un service d'accueil de jour. Ce service a été pensé et conçu par le CODIR qui a ensuite présenté le projet aux équipes. Ce sont eux qui ont élaboré, obtenu les autorisations et communiqué le projet.

Le service d'Accueil de jour de la Résidence le Flore s'adresse à des personnes atteintes de maladies neurodégénératives type maladie d'Alzheimer. Ces personnes présentent des troubles cognitifs engendrant des troubles du comportement qui impactent leur autonomie, leur socialisation et le maintien des acquis des actes de la vie quotidienne.

Il n'y a pas de condition d'âge pour bénéficier de ce service, mais le cadre légal impose une dérogation nécessaire pour les personnes ayant moins de 60 ans.

Quand le maintien à domicile est encore possible, le service d'Accueil de jour offre un espace de répit aux aidants familiaux. Il leur permet d'être soulagés afin de préserver leur situation professionnelle et personnelle et de prévenir leur fatigabilité. Il permet également de prévenir des ruptures quand l'accompagnement à domicile se complexifie. Ce service

s'inscrit dans le dispositif global de prise en charge de la personne accueillie et de leurs proches.

Le service d'Accueil de jour peut également être pensé comme un premier pas vers l'institution afin de faciliter l'adaptation pour une future entrée en séjour permanent. Il offre la possibilité de préparer l'entrée en douceur et dans le temps dès lors que le maintien à domicile n'est plus possible.

Ce service a pour objectif de :

- Inscrire l'Accueil de jour dans le projet d'accompagnement personnalisé
- Valoriser l'autonomie face aux gestes de la vie quotidienne
- Prévenir la perte de lien social et resocialiser la personne
- Valoriser l'autonomie face aux gestes de la vie quotidienne
- Retarder l'entrée en institution
- Soutenir les aidants

Il dispose de 6 places encadrées par un Aide Médico-Psychologique (AMP) diplômé et formé à l'approche et l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neurodégénératives ayant des troubles du comportement. Il accompagne de 9h30 à 18h30 les personnes inscrites dans ce service. Il est en charge des transports entre le domicile et la Résidence. Il propose des activités diverses axées sur les capacités visant le maintien de l'autonomie. Il s'occupe également des soins de nursing. C'est le référent des projets personnalisés individuels de chaque personne accueillie. Cependant, l'ensemble des professionnels de la Résidence reste disponible pour nourrir le travail et développer la qualité de ce service.

Un cahier de liaison assure la communication entre les familles et la Résidence. Les cahiers sont individuels. L'AMP assurant l'accueil de jour y renseigne les activités que l'usager a fait durant sa journée mais également des informations ou des observations sur son humeur ou sa santé.

La psychologue, coordinatrice du service d'accueil de jour, permet à l'AMP référent d'appuyer son travail sur les ressources humaines et matérielles de l'établissement.

Les résidents de l'accueil de jour bénéficient de l'ensemble des services de la résidence tant en termes de soins par les infirmières, la psychologue et la psychomotricienne, qu'en terme d'animation. Ils profitent également de la restauration produite sur place par notre Chef. Le programme d'une journée type se trouve en annexe

2.3.2 Une unité de vie dédiée

Le projet d'établissement en cours a comme axe stratégique principal l'accompagnement des troubles du comportement chez les personnes âgées. Cela se traduit par un plan de formation orienté sur cette thématique, des investissements en équipements adaptés : salle de balnéothérapie, sécurisation des espaces de déambulation, jardin à visée thérapeutique.

Une unité de vie dédiée existe au premier étage de la Résidence. Quatre soignantes et deux hôtelières accueillent des personnes souffrant de maladies de type Alzheimer ayant des troubles expressifs du comportement. Il s'agit principalement de déambulation, de terreurs nocturnes, et de cris. Elle a pour fonction d'offrir un espace sécurisé à ce public avec un encadrement renforcé. Ce service a été pensé pour proposer un accompagnement spécifique à ce public mais, aucun projet de service n'a véritablement vu le jour.

Des initiatives par les soignantes ou les hôtelières qui ont bénéficié de formations sont prises : soins des mains, activité ménagère pour le maintien des acquis, jeux.

J'observe ainsi directement le bénéfice du plan de formation sur la qualité de l'accompagnement proposé.

Un ensemble d'interventions de professionnels thérapeutiques sont également proposées pour dispenser des animations adaptées et stimulantes pour ces résidents.

La musicothérapie : le son et les rythmes deviennent des instruments pour augmenter sa créativité, reprendre contact avec soi et avoir un effet bénéfique sur des troubles comme l'anxiété, les douleurs chroniques, l'hypertension, etc. compte tenu de son effet sur le système nerveux central, la musique aide à se détendre et réduire le stress. Elle accroît le dynamisme et améliore les capacités cognitives (mémoire, attention, ...) ainsi que la psychomotricité et les capacités socioaffectives.

L'art thérapie : l'intervenant utilise le potentiel d'expression artistique de nos résidents et leurs créativité pour encourager leur développement personnel, pour stimuler leur attention et leur concentration, et pour conserver les motricités fines.

La Zoothérapie : l'association Patte sur le Cœur propose programme de thérapie assisté par un chien, il vise à maintenir ou à améliorer la santé des personnes souffrant de divers troubles, aussi bien physiques que cognitifs, psychologiques ou sociaux.

Reïki : l'intervenant propose cette méthode de soin d'origine japonaise pour soulager les douleurs, apporter le calme mental et un bien-être général grâce à ses mains.

Objectivement, ce service a aujourd'hui comme fonction de préserver les résidents des unités d'EHPAD classique de l'expression des troubles du comportement de ce public et de l'impact psychologique que la cohabitation pourrait avoir sur eux.

2.3.3 Dans une dynamique d'amélioration continue

J'ai pu remarquer que l'accompagnement se limitait souvent aux actes de la vie quotidienne : se laver, manger, se soigner. Ainsi, les résidents ne sont pas suffisamment sollicités et stimulés ce qui a un impact direct sur le maintien de leur autonomie.

Nous constatons que l'humeur et le moral des résidents sont majoritairement moroses.

Nous observons que les soignantes rencontrent des difficultés pour réaliser leurs missions. Le refus de soins et la non adhésion à l'acte du résident freinent sa participation à la réalisation des actes de la vie quotidienne.

De plus, nous relevons de nombreuses transmissions de soins relatives à l'expression positive d'un trouble du comportement. Les soignantes sont dépourvues pour y répondre. Elles ont du mal à mettre en place les techniques apprises en formation quant à l'approche de ce type de troubles.

Afin d'avoir une vision plus critique du travail réalisé au sein des unités de vie dédiées, je propose de réaliser un diagnostic des forces et des faiblesses de chaque unité.

Tout d'abord le ratio d'encadrement salarié / résidents est suffisant. En effet, on compte un ETP soignant comparé aux unités d'EPHAD classiques.

La psychologue s'investit particulièrement dans l'accompagnement psychologique de ces résidents via des entretiens individuel et avec les familles. Elle reste disponible pour les salariés afin d'évoquer les difficultés rencontrées et de proposer des solutions adéquates.

La psychomotricienne s'investit particulièrement dans le maintien de l'autonomie des résidents grâce à des ateliers individuels de relaxation, des exercices d'amplitude gestuelle et des parcours psychomoteurs adaptés.

Ensuite, nous comptons six soignantes sur huit formées à la méthode Montessori et aux techniques d'approche des troubles du comportement. Nous remarquons également une implication des hôtelières dans l'accompagnement des résidents. Elles participent à leur orientation dans l'espace et interagissent quotidiennement avec eux pour la réalisation de

leurs tâches. Par exemple lors du nettoyage des chambres, elles verbalisent tous leurs actes et invitent le résident à participer à la réalisation de tâches simples comme épousseter les meubles ou faire le lit. Elles ont mis en place ces techniques seules afin de palier au rejet potentiel de certains usagers.

Enfin, l'unité de vie dédiée dispose des ressources matérielles nécessaires. C'est-à-dire qu'au-delà des moyens indispensables à la réalisation des missions des hôtelières et des soignantes, du matériel comme des jeux est mis à leur disposition.

L'espace de vie de l'unité est entièrement sécurisé tant pour éviter les risques de sortie à l'insu de l'établissement qu'en terme de sécurité incendie. Les extincteurs sont placés dans des coffres identifiés et fermés. Les fenêtres ont une ouverture totale mais peuvent être bloquées en oscillo-battant.

Pour finir, la décoration offre un cadre de vie agréable dans les espaces privés comme collectifs. L'ensemble des ressources du Flore sont mis à disposition de cette unité de vie dédiée.

Cependant, les soignantes ont du mal à mettre en place les techniques apprises en formation. Elles sont en difficulté pour appréhender l'expression des troubles du comportement. Cela a un impact direct sur la qualité des relations qu'elles entretiennent avec les résidents. Elles ont du mal à créer des liens et à s'extraire de la relation soignant/soigné. Les résidents, du fait de leur maladie étant très instinctifs, se mettent très souvent dans une relation d'opposition car ils ne sont associés qu'à la réalisation d'actes qu'ils considèrent comme pénibles (toilette, prise de médicaments, aide au repas).

Ce facteur a un double impact. Le premier est que la réalisation des actes de la vie quotidienne se complexifie au fur et à mesure que la maladie progresse. Le second est que l'animation, l'accès aux loisirs et à la vie sociale des résidents sont très limités.

En effet l'unité manque de chaleur humaine et de vie. Les seuls moments de regroupement étant les repas et les interventions par les professionnels thérapeutiques extérieurs. Par exemple, la séance hebdomadaire de musicothérapie est souvent mise en avant car c'est un moment festif où les résidents dansent, chantent ou jouent d'un instrument offrant ainsi entre autres un temps de gaieté partagée.

Je constate également un impact direct sur les salariés : le turn-over est plus haut, les accidents de travail plus fréquents. Les difficultés rencontrées renforcent la dynamique déjà en place. Ainsi les soignantes sont désinvesties de la dimension d'animation de leur fonction.

De plus cette unité de vie dédiée n'a jamais été doté d'un réel projet d'accompagnement spécifique.

Pour finir, on observe une forte segmentation entre les résidents des unités d'EHPAD classique et ceux de cette unité de vie dédiée. Cette segmentation se ressent également entre les professionnels.

Nous souhaitons développer la formation Montessori auprès du reste des soignantes et des hôtelières. Cette approche valorisant les capacités des personnes âgées incite à changer de regard et donc à voir le champ des possibles. C'est ce que nous voulons mettre en avant.

Nous souhaitons sortir de la relation à sens unique soignant/soigné et offrir un cadre de vie agréable aux résidents et un cadre de travail optimal pour nos salariés. Cette méthode valorise les relations interpersonnelles et nécessite un engagement fort de tous les acteurs.

L'ouverture d'un nouveau mode d'accueil (accueil de jour) a engendré une dynamique de réflexion. En effet, élaborer un accompagnement adapté en journée pour des personnes souffrant de maladies de type Alzheimer a enrichi le travail. Il a également conduit à s'interroger sur les pratiques professionnelles et l'accompagnement proposé dans l'unité de vie dédiée existante dans la Résidence. Cette ouverture a permis de moderniser l'activité du premier étage.

C'est le point de départ de notre volonté de changer l'organisation de l'unité de vie dédiée. Fort de la réussite du déploiement du service d'accueil de jour (taux d'occupation à 100% en six mois, file active de 20 personnes), nous voulons faire évoluer nos pratiques professionnelles afin d'être en harmonie et cohérents dans nos modes d'accompagnement.

En ce sens, nous nous sommes demandés **comment améliorer la qualité de parcours de soins et d'accompagnement proposés aux personnes souffrant de maladies neurodégénératives ayant des symptômes s'exprimant par des troubles du comportement ?**

C'est dans cet objectif que nous avons voulu mettre en place une expérimentation au sein de l'unité de vie dédiée pour proposer une organisation de journée plus dynamique sur le modèle de celle du service d'accueil de jour.

3 Le projet : mener une expérimentation dans l'unité de vie dédiée pour améliorer la qualité de service par la promotion des parcours de soins et d'accompagnement spécifiques aux personnes âgées atteintes de maladies de type Alzheimer

3.1 Le montage du projet

3.1.1 Le comité de pilotage

Nous nous sommes inspirés des recommandations de l'ANESM « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » comme support méthodologique pour le montage du projet. Ce type d'outils est ressource. Je gagne du temps sur l'élaboration de la démarche à mettre en place, ainsi je peux me concentrer sur la mobilisation des équipes autour de ce projet. En effet, je souhaite développer une dynamique de travail sur nos pratiques professionnelles, rassembler les équipes autour d'un objectif commun, terrain prospère pour la réécriture prochaine du projet d'établissement.

Un COPIL composé du CODIR a été mis en place. Trois réunions de deux heures dans le bureau de direction ont permis d'établir la ligne directrice du projet, les outils et les modalités de mise en œuvre pour le construire.

« Améliorer la qualité de parcours de soins et d'accompagnement proposés aux personnes souffrant de maladies neurodégénératives ayant des symptômes s'exprimant par des troubles du comportement. »

Elle représente une opportunité en interne de développant au regard de la demande du territoire. Elle s'inscrit dans la continuité du projet d'établissement existant. Elle soutendra l'ensemble des choix stratégiques du COPIL. C'est notre objectif commun, à nous d'articuler les ressources humaines, matérielle et financières du Flore vers ce dernier. Présentée à la Direction générale, le Directeur général nous a fait part de son aval et de son soutien pour la mise en place de l'expérimentation

La psychologue et la psychomotricienne ont été nommées chefs de projet par le COPIL. Dégagées de responsabilités managériales, nous avons considéré que les équipes seraient plus à l'aise pour s'exprimer sur leurs pratiques réelles et leurs conditions de travail.

Elles ont pour mission de piloter les groupes de travail et de faire un état d'avancement des travaux à chaque COPIL. Elles doivent également être en veille documentaire et proposer des références pour nourrir le projet et lui donner du sens.

Elles sont le relai du travail des équipes sur le projet, nous permettant ainsi de nous en nourrir, et d'anticiper les irritants et les points de tensions. Mais également des décisions prises par le COPIL à destination des équipes. Dans l'élaboration du projet, toutes propositions ayant un impact sur l'organisation des services, les conditions liées au travail, le budget, etc. doivent être soumises au COPIL.

Le COPIL se réunit une fois par mois afin de suivre l'avancement du projet. Il peut être convoqué de manière extraordinaire si les circonstances l'exigent et des membres exceptionnels peuvent être invités à y participer pour aborder des points spécifiques. Par exemple, le chef cuisinier ou le responsable sécurité peuvent être conviés pour mettre leur expertise au bénéfice du projet.

3.1.2 Les groupes de travail et d'informations

Les **réunions d'informations** et les **groupes de travail** sont programmés selon un retro planning au rythme d'une réunion d'information par mois et de d'un groupe de travail toutes les deux semaines. Nous avons établi ce rythme pour perturber au minimum l'organisation des services tout en garantissant un service continu, obligatoire dans notre activité.

Les **réunions d'informations** que j'anime intégreront un point « Expérimentation » à l'ordre du jour. Cela me permet d'inclure tous les salariés dans ce projet et d'être transparente sur ce qui y est mené. A chaque début de mois, je programme la date de mes réunions d'équipe en fin de mois, puis je la communique aux chefs de service pour leur organisation et à l'hôtesse d'accueil pour qu'elle l'intègre dans l'agenda de la Résidence. Les éléments de l'agenda sont quotidiennement retranscrits par ses soins sur une fiche de liaison permettant la coordination des actualités et activités de chaque jour entre les différents services.

Les **groupes de travail** se déroulent dans la salle à manger de l'unité. Le fonctionnement en 12h des salariés assurant les besoins des usagers m'oblige à doubler chaque réunion d'information et chaque groupe de travail pour que chaque équipe puisse participer et bénéficier du même niveau d'information. Pour éviter les malentendus et les

rumeurs, les réunions sont faites sur deux jours consécutifs correspondant au changement de roulement des équipes.

Ces plannings sont transmis mensuellement à la secrétaire d'accueil pour qu'elle les intègre au calendrier.

En ce sens, deux groupes de travail sont constitués : équipe et contre-équipe. Ils se composent respectivement de quatre soignantes et de deux hôtelières. Ils sont animés par la psychologue et la psychomotricienne. En fonction du thème du groupe de travail, d'autres acteurs de la Résidence peuvent s'y joindre comme l'animateur ou la responsable hébergement

3.1.3 La gestion des risques

La méthode SWOT a été utilisée pour proposer une analyse de la situation pour mettre en exergue les risques liés à la mise en place de l'expérimentation. Ces éléments ont été intégré dans l'élaboration et la conduite du projet.

INTERNE	
Forces	Faiblesses
<p>Nous disposons d'un espace dédié à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives : l'unité du premier étage.</p> <p>Le projet d'établissement actuel est orienté sur l'accompagnement des troubles expressifs du comportement chez la personne âgée.</p> <p>Le plan de formation est orienté sur l'accompagnement des personnes âgées et à l'approche des symptômes des maladies neurodégénératives.</p> <p>Le Flore dispose des ressources financières nécessaires au développement de la qualité de ses services</p>	<p>L'implication des soignantes et des hôtelières dans l'animation auprès des résidents de l'unité est faible.</p> <p>Les salariés déjà formés ont du mal à mettre en place dans le quotidien les pratiques apprises en formation.</p> <p>Le changement des conditions de travail peut causer des craintes chez les salariés et mettre un frein à la dynamique de projet.</p> <p>Le symptôme de déambulation comme caractéristique du public de l'unité doit être intégré comme facteur dans la réflexion du projet d'hébergement.</p>

<p>La dynamique du renouvellement du projet d'établissement approche et nous invite à nous interroger sur nos pratiques.</p> <p>Nous disposons des ressources matérielles et humaines utiles au développement de notre activité</p>	
EXTERNE	
Opportunités	Menaces
<p>L'expérimentation entre parfaitement dans les objectifs de la convention tripartite existante signée avec l'ARS et le Conseil général.</p> <p>Le cadre législatif est favorable au développement de l'offre à destination des personnes âgées souffrant de maladies types Alzheimer.</p> <p>La Résidence bénéficie d'un réseau important de partenaires et de collaborateurs du secteur de la prise en charge et de l'accompagnement sanitaire, social, et médico-social des personnes âgées dépendantes du Val d'Essonne et du Val d'Yerres.</p> <p>Nous avons obtenu 99 000€ de CNR pour le financement de matériels et de formations.</p>	<p>Nous devons faire à une forte concurrence sur notre territoire d'action à destination des personnes âgées dépendantes souffrant de maladies neurodégénératives.</p> <p>Le développement de l'offre à domicile est croissant et permet ainsi de retarder l'entrée en EHPAD obligeant les établissements à se réadapter.</p>

3.1.4 Les supports de communication et de suivi

J'ai élaboré des outils de gestion et de coordination du projet comme support pour les chefs de projet ce qui me permet également d'avoir un suivi de l'avancement.

J'ai créé un classeur à destination des équipes travaillant sur l'expérimentation. Ce classeur est identifié, localisé et à disposition des salariés. Il permet de suivre l'avancement du projet, de nourrir la réflexion, d'échanger des informations et de centraliser le travail réalisé par les groupes.

Nous avons en COPIL défini les 5 parties du classeur, correspondant à 5 séances de travail. La première « Pour quels résidents ? » invite les groupes de travail à s'interroger sur les caractéristiques du public accueilli. Les chefs de projet doivent présenter aux groupes de travail les recommandations de l'ANESM et de l'HAS sur les spécificités du public accueilli en unité de vie dédiée. Le groupe de travail doit déterminer celles des usagers de l'unité, afin de mettre en exergue leurs besoins et leurs attentes.

Définir un public est central pour déterminer les critères d'entrée et de sortie de l'unité et les critères de non-admission. Ensuite, nous avons travaillé sur le rôle de chacun auprès des résidents « Quel personnel et dans quelles conditions ». Les chefs de projet doivent s'assurer des motivations des salariés de l'unité de vie. En effet, les soignants et les hôteliers doivent être volontaires. Le cas échéant, la direction s'engage à développer leurs compétences ou leur qualification. En effet, ce personnel sera spécifiquement formé à l'accompagnement des personnes âgées souffrant de démence, à l'approche des troubles du comportement, et à l'animation adaptée à ce public.

Elle s'engage également à garantir un ratio professionnel/usager assurant un taux d'encadrement suffisant et pluridisciplinaire. Nous avons réalisé un troisième groupe de travail sur le projet de cet espace. Au regard de l'existant (besoins et attentes des usagers, ressources à disposition, pratiques professionnelles), le COPIL a fait le choix de développer les thérapies non médicamenteuses. Les apports des formations et les recherches des chefs de projets vont permettre aux équipes de revoir le projet d'hébergement, le projet de soins et le projet d'animation.

Le quatrième groupe de travail est consacré à la place des aidants. L'implication de l'entourage dans le projet de soin et de vie du résident est souhaitable et profitable. Il est remarquable que le soutien actif des proches est bénéfique. Mais les aidants familiaux sont souvent abîmés par l'accompagnement de leurs proches.

Les professionnels ont un rôle à jouer tant pour associer les aidants au projet personnalisé individuel de leur proche qu'en soutien pour prévenir de leur usure.

Pour finir, nous nous sommes interrogés sur l'environnement que nous souhaitons créer au sein de cette unité de vie. En effet, l'environnement doit être le support d'un projet de vie et de soin adapté et non l'inverse. Il doit faciliter les conduites autonomes et limiter les comportements inadaptés nuisibles à la vie en collectivité. Il doit également répondre aux normes de sécurité et d'hygiène qui lui incombent.

Cette segmentation a été élaboré selon la réflexion menée par les acteurs du Gérontopôle de Toulouse et retranscrite dans leur rapport « Unité spécifique Alzheimer et prise en charge des troubles sévères du comportement » d'Aout 2008. Nous avons ainsi élaboré les axes de chaque séance de travail. J'ai ici un double objectif : améliorer l'efficacité du travail au regard du temps à partie et éviter l'éparpillement en offrant un cadre clair et normé de travail.

Dans chaque partie du classeur une pochette et des feuilles permettent aux salariés de déposer une idée, une recherche, un élément pouvant intégrer le projet également en dehors des temps de regroupement. Ainsi, toutes ses informations collectées permettent aux chefs de projets d'animer leur groupe de travail en rendant acteur chaque salarié. Les comptes rendus et les feuilles d'émargement de chaque groupe de travail sont intégrés dans le classeur, dans la partie correspondante.

J'ai aussi utilisé la matrice du diagramme de Gantt comme outils pour le COPIL. Vous le trouverez en annexe proposant un prévisionnel et une visualisation dans le temps des tâches composant le projet. Affiché dans le bureau de direction, lieu de regroupement du COPIL, ce diagramme permet de visualiser la répartition des tâches, le rythme de travail et sa durée. Il permet également que chacun puisse appréhender la charge de travail des autres. C'est un outil stratégique, support de mon management visuel à destination des chefs de services et chefs de projet.

3.2 Les équipements et les dispositifs mis en place

3.2.1 Le projet d'hébergement

Nous souhaitons proposer un environnement adapté pour l'hébergement de personnes souffrant de maladies neurodégénératives dont les symptômes s'expriment par des troubles du comportement.

Pour le faire, nous avons tout d'abord, revue la procédure d'accueil de l'unité de vie dédiée du premier étage dès l'admission. Les groupes de travail ont statué sur les caractéristiques du public accueilli dans cette unité. Ce sont des personnes :

- Diagnostiquées comme souffrant d'une maladie neurodégénérative
- Ayant des troubles du comportement expressif : déambulation, angoisses, terreurs nocturnes, cris, violence verbale ou physique
- Nécessitant un accompagnement renforcé pour la réalisation des gestes de la vie quotidienne mais pas une aide totale
- Pouvant s'inscrire dans une dynamique de groupe

Nous questionner sur le public nous permet de s'interroger sur les besoins en termes d'accompagnement mais également sur les critères d'entrée et de sortie de l'unité.

La procédure d'admission a été ainsi revue d'après le travail de la psychologue et les retours de la commission éthique « L'entrée en EHPAD sans consentement, Que faire ? », Mars 2015. Cette commission nous a permis d'appréhender les enjeux pour le futur résident et sa famille d'une entrée en EHPAD. La notion de consentement était au cœur de la réflexion, d'autant plus au sujet des personnes n'ayant plus la capacité cognitive ou juridique de formuler un choix. Nous souhaitons tous cependant que l'entrée en résidence s'inscrive dans la suite logique du parcours de la personne âgée.

Tout d'abord, sur cette base, la psychologue a proposé une procédure d'admission spécifique pour ce public validée en COPIL. La connaissance de la personne est essentielle pour construire son projet mais aussi pour préparer son entrée en établissement et son intégration.

La psychologue a donc développé les visites de préadmission. C'est une démarche éthique visant à rendre actrice le plus possible la personne concernée. En effet, ces visites ont pour vocation de rendre le choix à la personne en lui proposant les solutions qui s'offrent à elle en fonction de sa problématique (service à domicile).

Dès lors que nos services sont la solution, la psychologue s'efforce de rechercher le consentement de la personne rencontrée.

Ces visites ont pour objectif de prendre contact avec la personne et ses proches avant son possible entrée pour créer du lien, vecteur d'une relation de confiance.

Les proches doivent être associés. Nous leurs proposons un soutien dans cette étape difficile et sont des ressources d'informations pour nous, en particulier dans le cas d'un individu n'ayant plus ses capacités cognitives préservées.

Dès lors que le besoin est recueilli par la Résidence, la procédure se met en place. La psychologue en a la charge.

La première étape est une rencontre au domicile. J'entends ici par domicile l'espace de vie, à l'instant concerné, de la personne. Cela peut donc être l'hôpital, un SSR, le domicile d'un proche, etc. Des ordres de missions sont établis pour que la psychologue puisse utiliser son véhicule personnel pour assurer ses déplacements dans le cadre de son travail. Ainsi, elle est assurée et le Flore peut prendre en charge les frais kilométriques selon une base conventionnelle. Nous rencontrons certaines limites quant à la disponibilité des personnes rencontrées, cependant, la visite à domicile rencontre un véritable succès surtout auprès des professionnels que nous rencontrons.

La seconde étape consiste à encourager le futur résident à venir visiter la Résidence et à rencontrer les professionnels qui la composent. Ces temps de rencontre permettent de

récolter des informations précieuses pour l'élaboration de leurs projets. La psychologue peut être assistée par la cadre de soins ou moi-même. Pour inciter les personnes à venir nous les invitons à nos évènements festifs, nous leur proposons une visite de la Résidence, ou encore de partager un repas dans notre restaurant à destination des résidents et leurs familles.

La troisième étape consiste à préparer l'entrée en Résidence. La psychologue élabore un compte-rendu des précédents rendez-vous ce qui permettra de préparer au mieux son admission, son intégration et son futur projet. Cela nous permet de mettre en place en amont le matériel et l'organisation de base nécessaire à l'accompagnement de la personne.

Les éléments récoltés sur le futur résident sont les habitudes de vie (habitudes alimentaires, loisirs, intérêts, rythme de vie), l'histoire de vie (situation familiale, parcours professionnel) et ses capacités.

Elle présente enfin le résident à l'équipe du service que la personne va intégrer. Nous avons fait le choix d'orienter notre discours sur les possibles, en lien avec la méthode Montessori. Nous voulons mettre en avant les capacités de la personne. Nous pensons que le discours est très important et influence les conditions d'intégration de cette dernière. Nous pensons également qu'il est encourageant auprès des soignantes. Nous faisons un travail de changement de regard sur nos résidents. Nous souhaitons qu'ils ne soient plus perçus seulement au travers de leur dépendance ou de leurs symptômes.

Nous souhaitons également améliorer l'orientation spatio-temporelle des résidents de l'unité pour ne pas entraver la déambulation limitant ainsi les angoisses et la sensation de cloisonnement. Pour cela, Nous souhaitons offrir un espace favorable à l'expression de la déambulation pour limiter la sensation d'enferment facteur de stress et d'angoisse. Nous avons donc réfléchi à la signalétique, à l'utilisation des espaces, et à la restauration. La responsable hébergement a établi des devis pour refaire la signalétique des espaces privés et communs du premier étage. Elle les a ensuite présentés en COPIL puis je les ai revus et validés budgétairement.

Elle a choisi pour la signalétique des portes des chambres des encarts indiquant, dans une police adaptée, le numéro de la chambre et le nom du résident. Au-dessus, un autre permet de mettre une photo du résident (ancienne ou récente) ou une image qu'il affectionne particulièrement pour faciliter son orientation vers son espace privé. Elle a également étudié la disposition de l'encart sur la porte, pour être à juste hauteur.

Pour la signalétique des espaces communs, elle a choisi des encarts ayant une police adaptée et fléchés indiquant les différents espaces.

Pour les locaux techniques et les toilettes privés et communs, elle a choisi des pictogrammes. Elle a collaboré avec la psychomotricienne pour la disposition de ces affichages.

Elle a équipé les espaces communs de panneaux d'affichage qui permettent de présenter des éléments de repères dans le temps : la date, la saison, les animations et le menu du jour, les grands évènements.

De plus, la responsable hébergement est en charge de décorer l'unité de vie en fonction des moments phare de l'année comme Noël, le jour de l'an, les journées à thèmes, etc. Elle utilise des éléments de décoration thématique. Certains sont les réalisations des résidents des unités d'EHPAD classique lors des activités manuelles.

La psychomotricienne, à l'aide des kinésithérapeutes, a été en charge de matérialiser par de la signalétique au sol ou par la disposition des meubles un parcours de déambulation. L'espace étant déjà entièrement sécurisé et adapté aux personnes à mobilité réduite, aucun effort n'a été à fournir dans ce sens.

De plus, nous avons demandé au chef de cuisine de nous imaginer un menu adapté sur la base du « finger-food ». Certains de nos résidents ont du mal à rester installés à table pour manger. Nous ne souhaitons pas que le temps du repas soit assimilé à du stress, facteur de dénutrition chez les personnes souffrant de démence. Le chef nous a donc proposé un menu complet pensé pour être mangé debout, en déplacement, ou rapidement. Il est composé de tartes, de tartines, de sandwiches, de barquettes, etc, que des éléments pratiques à manger. Avant de mettre en place ce type de menu pour un résident, nous évaluons le risque de fausse route. Lorsque la personne suit ce régime, les soignantes sont vigilantes au suivi de l'IMC.

Pour finir, nous avons également souhaité mettre en exergue le véritable rôle des hôtelières auprès des résidents. Elles participent de fait à leurs accompagnements et au regard des pratiques Montessori, nous pouvons valoriser leurs actions auprès des résidents. La Responsable hébergement a adapté le travail des hôtelières au regard de leur nouvelles missions revues dans la cadre du projet d'animation présenté ci-dessus. Ce point est développé dans la projet d'animation.

3.2.2 Le projet de soins

Nous souhaitons que le projet de soin de l'unité de vie dédiée soit le support d'un accompagnement spécifique et global aux personnes souffrant de maladies neurodégénératives. Nous voulons construire et faire vivre un projet de soins adaptés aux besoins et aux attentes des résidents concernés.

Pour ce faire, nous avons comme objectif de prévenir et d'accompagner les troubles du comportement chez la personne âgée souffrant de maladies neurodégénératives en développant les thérapies non médicamenteuses.

Nous souhaitons que l'ensemble de nos soignantes soient formées à la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées souffrant de démence. Les soignants de nuit sont intégrés au plan de formation.

Ainsi nous souhaitons les spécialiser dans l'accompagnement des troubles du comportement chez ce public tant pour améliorer la qualité des prestations proposées que pour limiter les risques psycho-sociaux encourus par nos salariés. C'est un vecteur de bienveillance et de qualité.

Pour ce faire, toutes nos soignantes ont intégré le plan de formation allant dans ce sens.

Nous nous sommes également appuyé sur les retours des groupes de travail. Nous nous sommes inspirés de leurs pratiques actuelles et de leurs idées tout en les nourrissant d'un apport théorique pour donner du sens à leurs actions. Notre objectif ici est d'encourager leur engagement dans leurs missions auprès des résidents.

Leur sensibilisation aux thérapies non médicamenteuses et à la méthode Montessori enrichie par les recherches des chefs de projet les a conduites à imaginer un « chariot d'animations flash ».

Elles se sont inspirées des travaux du docteur Didier Armaingaud, Médecin gériatre, ancien médecin coordinateur d'EHPAD et aujourd'hui Directeur Médical et Qualité du Groupe KORIAN. Il a déployé dans 40 établissements le dispositif de chariots d'animations flash et en mesurer les effets sur l'expression des troubles du comportement chez les personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives. Il a pu observer des bénéfices sur l'humeur et les capacités fonctionnelles des résidents.

Sciences et Avenir, dans son article du 10 Février 2016 « Un chariot d'activité pour calmer les personnes âgées » publie l'expérimentation et promeut la thérapie par le jeu.

Les soignantes ont ainsi pu créer un chariot adapté aux besoins des usagers et à leurs pratiques professionnelles. Nous avons développé des activités de réminiscence,

sensorielle, praxique, musicale ou encore ludique. Chaque item a été soumis en groupe de travail et le soignantes ont proposé des animations type et le matériel nécessaire ce qui nous a permis en COPIL de mobiliser les ressources nécessaires. Vous trouverez en annexe le détail des du contenu du chariot d'animations flash.

L'ensemble de ces activités ont vocation d'être proposées selon les principes de la méthode Montessori et d'avoir un impact sur l'expression du comportement problématique ou de permettre l'adhésion du résident à un acte de soin par exemple.

Les soignantes sont chargées d'intégrer les retours de ces animations dans leurs transmissions soins grâce à notre logiciel NetSoins. Ces informations sont ensuite utilisées pour nourrir les projets personnalisés individuels des résidents. Nous pouvons dès lors remarquer que les soignantes portent un plus grand intérêt et sont plus participatives lors des réunions de réévaluations des projets des résidents.

Ce programme de soins est piloté par la cadre de soins qui vielle, grâce aux infirmières, à l'utilisation, à la mise en place et au suivi des dispositifs. Elles sont en charge de la supervision des soignantes dans le rendu opérationnel.

Mais le rôle des soignantes auprès de nos résidents est complet. En ce sens, nous avons valorisé leurs actions sur la vie sociale en institutionnalisant des temps consacrés à l'animation déclinée dans le projet suivant.

3.2.3 Le programme d'animation

Le COPIL a élaboré les objectifs du programme d'animation en appui sur les retours des groupes de travail. Nous nous sommes inspiré directement des idées du terrain pour valoriser le travail de réflexion qui est mené. Nous avons pour objectif de proposer un programme d'animations adaptés au public accueilli. Elles doivent être stimulantes, ludiques ou thérapeutiques orientées sur le maintien des acquis et de l'autonomie tout en veillant à ne pas mettre en difficulté la personne. Nous devons tout d'abord inciter les équipes à proposer des animations aux résidents. Cela passe, entre autres, par l'adaptation de l'environnement et du travail.

Ainsi, les chefs de projets ont recensé les catégories d'activités adaptées ou adaptables à nos résidents selon les recommandations de l'association France Alzheimer qui propose

un ensemble de fiches pratiques pour faire vivre une unité de vie dédiée. Ces fiches ont été incluses aux classeurs de projet.

Ils les ont ensuite soumises aux groupes de travail qui ont fait des propositions sur chaque thématique. L'animateur a participé à la réunion. Vous trouverez en annexe un tableau synthétisant les retours des groupes de travail.

Les animations proposées sont orientées autour des activités du quotidien. Elles permettent le maintien de l'autonomie et des acquis par la réalisation de geste simple et usuels. Elles rythment également la journée et favorisent l'orientation dans le temps des résidents. D'autres animations ont pour vocation de stimuler la mémoire soit par des jeux autour des mots ou des chiffres, soit grâce à des activités de réminiscence.

Les jeux et les activités créatives favorisent le développement des liens entre les résidents et les résidents et les soignants.

Sur cette base, les chefs de projets ont repris chaque activité proposée et ont recensé avec l'aide des participants la liste des moyens nécessaires à leurs réalisations. Un compte-rendu a été établi et transmis aux membres du COPIL.

En prenant en compte le rythme de vie de l'unité et les différents incontournables institutionnels, nous avons établi en COPIL le programme d'activités hebdomadaires.

Les soignantes ont également un rôle important à jouer dans l'animation de la vie quotidienne des résidents. Au-delà de l'accompagnement développé dans le projet de soin, les soignantes proposent un **atelier** le vendredi après-midi. Elles invitent les résidents à une activité créative, à une activité de réminiscence grâce aux books thématiques, ou encore à un jeu.

Le **loto** du jeudi après-midi est un rendez-vous dans notre résidence pour les usagers des unités d'EHPAD classique. Les soignantes ont souhaité proposer la même chose dans cette unité. La psychologue a donc réalisé des grilles de loto adaptées pour pouvoir proposer des temps de jeu plus courts. Le samedi après-midi les résidents sont invités à participer à la **confection du gouter** de l'étage. Enfin le dimanche, jour très fréquenté par les familles, un documentaire est diffusé le matin sur les thèmes de la nature ou du voyage : c'est le **docu-club** ! L'après-midi, de la musique est diffusée dans un salon. Des styles variés sont proposés. L'animateur travaillant un dimanche par mois proposera une après-midi musicale grâce à ses talents d'accordéoniste, invitant ainsi les résidents, leurs familles et les soignants à danser. C'est le dimanche après-midi « **Autour de la musique** ».

Mais le rôle de l'animateur ne se limite pas à cela. Les books utilisés et élaborés par les soignantes du premier étage ont été réalisés lors d'activités manuelles à destination des résidents des unités d'EHPAD classique. Ils ont conçu un book sur les anciennes automobiles, les anciennes icônes de la mode et du cinéma et un répertoire de vieilles chansons et comptines. Lors de ces ateliers, ils ont également par exemple réalisé des éléments de décoration permettant d'habiller l'espace du premier étage selon les saisons de l'année. Cela nous a permis de proposer des activités manuelles adaptées tout en travaillant la valorisation du sentiment d'utilité de nos résidents.

L'animateur est également en charge de la promotion des fêtes institutionnelles et annuelles au sein de la résidence. Il prépare donc un programme d'animations pour que les résidents du premier étage puissent profiter de la fête. J'élabore les supports puis je me charge de la promotion et de la communication externe. L'hôtesse d'accueil est en charge des invitations mail et courrier. Les relances téléphoniques sont assurées par l'assistante de direction. A titre d'exemple, pour la journée nationale Alzheimer du 21 Septembre, l'animateur a conçu une journée « Olympiade des sens » proposant différents stands d'activités sur le thème de la stimulation sensorielles. Les ateliers invitent les résidents et leurs familles à deviner ce qu'ils touchent, entendent, sentent, sous forme de quizz.

La psychomotricienne participe également au programme d'animation de l'unité en proposant un **groupe équilibre** le lundi après-midi. Elle invite entre 4 et 5 résidents à évoluer sur un parcours stimulant ainsi leur force, leur posture et leur équilibre en fonction des aptitudes motrices de chacun. Ces séances ciblent les personnes ayant chuté ou à risque de chutes. Elles travaillent la confiance en soi dans la marche, la mobilité et l'autonomie. Cela lui permet également de faire des bilans psychomoteurs, pour la réalisation ou l'actualisation des projets personnels individuels des résidents. Cet atelier s'inspire du groupe « Prévention des chutes » proposé pour les résidents des autres étages.

Pour ce faire, trois volets ont été mis en avant :

1) Reconduire les conventions qui liées le Flore aux différents intervenants thérapeutiques :

J'ai invité à un rendez-vous chaque représentant d'activité ce qui nous a permis d'échanger sur les conditions d'interventions, les ressources à disposition, des rythmes et d'avoir un bilan de leur expérience au sein de notre Résidence. Les relations sont bienveillantes et cordiales avec l'ensemble de nos collaborateurs.

- **Siel Bleu**, partenaire réalisant les séances de gym douce, séance de sport adapté axé sur la mobilisation musculaire pour préserver l'autonomie motrice des résidents
- **Musicothérapie** (cf partie 2.2.2)
- **Art thérapie** (cf partie 2.2.2)

Nous avons ensuite conclu au renouvellement tacite des conventions qui nous lient avec pour certains prestataires, comme Siel Bleu, la mise en place de nouvelles plages horaires d'intervention afin de pouvoir proposer le programme d'animation établi ci-dessus.

Nous avons également renouvelé notre volonté commune d'avoir des intervenants réguliers afin que les résidents puissent identifier et prendre des habitudes avec un partenaire unique dans cette idée sous-jacente de proposer un espace doté de repères. Cela passe selon moi par la stabilité des équipes.

2) Inclure l'animation dans les activités des hôtelières et des soignantes :

Au regard des pratiques déjà existantes, les hôtelières ne peuvent pas être écartées de l'accompagnement des résidents. Il est cependant important de le formaliser afin de protéger l'employé et la Résidence.

Par leurs fonctions de service et d'entretien des espaces privés, elles sont en interaction quotidienne avec les résidents. C'est pour cela qu'il nous semble essentiel de les intégrer au plan de formation sur l'approche des troubles du comportement chez les personnes âgées.

La Responsable hébergement a aussi, lors de ses entretiens annuels, proposé l'enrichissement des tâches aux membres de l'équipe de cet étage. Leur fiche de poste a été revue en prenant en compte :

- Les retours du groupe de travail « partie 2 »
- Les besoins du service
- Les contraintes liées aux obligations législatives régissant le travail

L'« animation » est donc une dimension supplémentaire à la fonction d'hôtelières. Ainsi, nous avons institutionnalisé le fait de favoriser la participation des résidents à la réalisation de tâches d'entretien du quotidien. Grâce aux retours des groupes de travail, nous avons pu insérer sur le planning d'activité une heure d'« **Activité du quotidien** » de 11h à 12h tous les jours de la semaine.

Les hôtelières proposent des tâches simples aux résidents volontaires en les invitant à les aider dans leur travail. Par exemple, les couverts qui servent au service sont lavés dans le lave-vaisselle de la cuisine de l'étage. Les hôtelières les disposent ensuite sur le comptoir. Ainsi, les résidents peuvent essuyer les couverts et les ranger dans des bacs correspondant identifiables par des photos. Le linge servant au service (torchons, lavettes, tabliers, serviettes du salon de coiffure) blanchi en interne est récupéré en panier. L'hôtelière s'installe à une table et invite les résidents à l'aider au pliage. De plus, une heure le mercredi après-midi est consacrée au nettoyage de la cage du lapin de la Résidence « **Flore** ». L'hôtelière invite un résident à partager un moment avec le lapin ou

à l'aider dans sa tâche. La gestion de l'animal (suivi de la bienveillance, vétérinaire, nourriture, eau) est réalisée par l'hôtesse d'accueil qui s'est montrée volontaire dès que l'achat d'un animal a été soumis.

Les fiches de poste modifiées ont été approuvées par les instances représentatives du personnel. En effet, c'est important que les pratiques réelles de cette catégorie d'employés soient reconnues. Le CHSCT a revu le document unique d'évaluation des risques professionnels afin d'inclure les risques liés à leurs nouvelles conditions de travail. Ces changements ont été très bien accueillis par les salariés concernés.

3) Faire des investissements en petits et moyens matériels

La mise en place de ce programme d'activité ne nécessite pas de gros investissements colossaux. Nous avons donc choisi de financer les achats avec la caisse de la Résidence afin de les inclure dans les dépenses courantes. Avec la responsable hébergement et sur les recommandations du groupe de travail, nous avons acheté un ensemble de matériels pour rendre possible la mise en place des activités. La responsable hébergement a ensuite travaillé à leur localisation, leur identification, leur renouvellement (concernant les produits consommables) et leur maintenance.

Exemple : matériels divers pour la pâtisserie.

3.2.4 Les aidants

Nous avons voulu accorder une place toute particulière aux aidants familiaux. Nous souhaitons augmenter leur participation au projet de vie de leur proche. Nous les invitons à tous les événements festifs de la Résidence et nous leur proposons de participer aux activités dispensées au sein de l'unité du premier étage quand ils viennent en visites.

Au même titre que le résident, les aidants familiaux sont consultés en amont et en aval de la réunion d'élaboration ou de revue du projet personnalisé individuel de leur proche.

Cependant, nous avons bien conscience que le rôle de l'EHPAD ne peut se limiter à la simple consultation des aidants. Nous souhaitons mettre en place un groupe de parole permettant la rencontre et les échanges entre personnes ayant des expériences similaires.

La psychologue élabore un « café des aidants ». En relation avec l'association France Alzheimer, elle a pour objectif de proposer 4 à 6 rencontres par an sur des thèmes relatifs aux problématiques rencontrées lorsqu'on est aidant. Elle souhaite également leur proposer des formations pour comprendre et approcher les troubles du comportement chez les personnes souffrant de maladies neurodégénératives.

3.2.5 L'élaboration et le développement de réseaux et de partenariats

Afin de proposer une prise en charge globale en termes de soins, nous avons souhaité mettre en place des outils de coordinations avec les services sanitaires et sociaux. En charge du développement des réseaux de coopérations et de partenariats avec l'ensemble des acteurs du territoire, j'ai pris des rendez-vous avec tous ceux déjà sous conventions avec le Flore afin de les actualiser et de les reconduire.

J'ai établi une liste des acteurs clés me permettant d'optimiser le parcours de soins des personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives comme les CCAS, les MAIA, les services à domicile mais aussi les cliniques et les hôpitaux. J'ai ensuite pris des rendez-vous avec les différents représentants d'établissement ou service pour présenter notre travail. Nous avons échangé quant aux possibilités qui nous appartenaient pour améliorer les relations entre les différents services.

Ainsi j'ai pu mettre en place des outils de coordination qui facilitent l'accompagnement de nos résidents.

En effet, j'ai pu remarquer que les résidents de notre unité de vie dédiée étaient régulièrement amenés à se déplacer en ambulance pour différents bilans ou pour des hospitalisations.

Tout d'abord, nous traitons avec deux services d'ambulances. J'ai convenu avec eux que les ambulanciers qui interviennent chez nous pour des transports réguliers devaient être les mêmes salariés afin que les résidents puissent établir des routines rassurantes, dans un moment souvent déjà angoissant. De plus, nous avons mis en place un système d'enveloppes, à récupérer par les ambulanciers à l'accueil, dans laquelle se trouve l'ensemble des documents nécessaires au transport et au raison de ce dernier. Les infirmières sont en charge de prendre les rendez-vous ambulances et de constituer les enveloppes.

Avec les cliniques, les hôpitaux et les services du réseau sous convention, nous avons également revu notre système de circulation de l'information. Nous avons mis en place un

dossier de liaison d'urgence. C'est un document synthétique, imprimable rapidement grâce à notre logiciel NetSoins, reprenant l'ensemble des informations médicales nécessaires à l'hospitalisation d'un de nos résidents : pathologie, ordonnance en cours, dernières constantes relevées, coordonnées du médecin traitant Il reprend également les informations administratives de base permettant ainsi aux services d'être en contact avec les proches, et des disposés des papiers de sécurité sociale et de mutuelle. On y trouve également une attestation de résidence à notre établissement.

Avec l'hôpital universitaire de Villeneuve-Saint-Georges et l'hôpital Joffre-Dupuytren, nous avons mis un système de bracelet permettant l'identification de nos résidents par leurs services gérontologiques. Ainsi, ils savent qu'ils peuvent compter sur notre soutien quant à l'accompagnement de nos résidents. Cela favorise les bonnes relations entre services et se traduit par de véritable collaboration.

3.2.6 L'évaluation

Pour chaque action menée, des indicateurs d'évaluation ont été mis en exergue afin de suivre la mise en place du projet, d'appréhender son efficacité pour se réajuster en fonction des résultats. Cette logique d'évaluation s'inscrit dans la volonté d'amélioration continue du service rendu aux résidents. JM Miralond, D Couet et JB Paturet soutiennent que la démarche qualité suppose la mise en place d'une évaluation permanente, qui doit s'inscrire dans le travail des professionnels. Cette dynamique ne peut être que collective pour prendre en compte les différents avis. Pour éviter les craintes liées à une démarche d'évaluation, j'ai souhaité m'appuyer sur des outils simples, existants et maîtrisés pour éviter tout essoufflement des équipes.

Dans un premier temps, je présenterai le projet d'expérimentation à la direction générale en accentuant sur son inscription dans la logique du projet d'établissement existant et sur la valorisation des actions menées au travers de la réécriture en 2017 de ce dernier. Je présenterai également une projection de l'impact budgétaire, quasi-nul grâce à l'obtention de CNR pour le financement du plan de formation.

Grâce au suivi hebdomadaire d'indicateurs, nous pourrons évaluer la mise en place des actions de l'expérimentation.

Pour le processus d'admission, nous comptabiliserons le nombre de visites au domicile et à la Résidence grâce aux comptes rendus établis par la psychologue et au suivi des contacts.

Mensuellement, grâce au suivi budgétaire, nous nous focaliserons sur les consommables (petits matériels à renouveler pour la réalisation des ateliers et activités de l'unité) afin d'avoir une maîtrise des coûts et un indicateur de réalisation effectif de l'animation.

Nous ferons également un point sur la participation des résidents aux animations et aux ateliers thérapeutiques proposés grâce à notre logiciel de soins. Ce logiciel offre également une vue sur l'ensemble des projets personnalisés individuels. Les soignantes y font leurs transmissions et renseignent les actes réalisés avec les résidents. Nous pouvons donc suivre les nombres de transmissions relatives à un comportement problématique ou encore l'inscription de la participation du résident à des animations spécifique dans les objectifs de son projet.

A six mois, je souhaite que l'ensemble des fiches de poste pour les ASH soient validées par les instances représentatives du personnel et signées par les salariés concernés. La responsable hébergement en a la charge.

Nous lancerons également des enquêtes de satisfaction à destination des résidents et des familles puis des salariés de l'unité. La psychologue et la psychomotricienne, en qualité de chef de projet, seront chargées de la mise en place et de la collecte des résultats. Elles s'appuieront sur les fonctions administratives pour la communication et la diffusion.

Nous obtiendrons ainsi les premiers retours sur notre expérimentation. En fonction, nous établirons un plan d'action en COPIL pour se réajuster afin d'être au plus près des besoins et des attentes des résidents et des familles. Les résultats seront communiqués aux équipes et au siège ainsi que les ajustements à mettre en place.

Je m'appuierai sur les résultats de cette enquête pour présenter le projet d'expérimentation et la procédure d'admission au conseil de la vie sociale et aux délégués du personnel.

Nous comptons 12 mois pour que l'ensemble du personnel soit formé à l'approche des troubles du comportement, à la méthode Montessori et aux techniques non médicamenteuses. L'hôtesse d'accueil, Responsable des bonnes pratiques, est chargée du suivi des formations. Elle recense et centralise les attestations de formations, m'offrant ainsi une visibilité sur l'avancée du plan de formation.

C'est également le délai que nous nous laissons pour équiper l'unité de vie dédiée en termes de signalétique.

Conclusion

Afin de développer notre projet d'approche des troubles du comportement au sein de notre unité de vie dédiée selon des méthodes non médicamenteuses, je souhaite à l'avenir intégrer les techniques Snoezelen dans l'accompagnement de nos résidents. Ces méthodes basées sur la stimulation sensorielle visent à donner du bien-être à a personne. Cela lui permet une meilleure conscience d'elle-même, un retour au calme ou à la création de relation de confiance grâce à un milieu sécurisant. La méthode Snoezelen agit sur l'environnement par des jeux de lumières ou encore des diffuseurs d'odeur pour créer une atmosphère favorable à la détente. C'est également une approche dynamique du résident quand la communication verbale devient limitée. La psychomotricienne serait formée à ces méthodes. Ne disposant pas de place pour créer une salle Snoezelen, je souhaiterai investir dans un chariot mobile. Cela présenterait le double avantage d'une meilleure adaptation aux résidents de l'unité de vie dédiée mais également, la possibilité de proposer des séances en chambre pour des résidents grabataires sous forme de séance relaxante et d'apaisement de la douleur dans notre service du rez-de-chaussée

Nous observons déjà un bénéfice sur l'accompagnement des résidents de l'unité de vie dédiée. Nous avons proposé en Septembre une journée de solidarité pour la lutte contre la maladie d'Alzheimer. Nous avons organisé un barbecue et un goûter à destination des résidents et des familles. Nous avons mis en place « Les Olympiades des sens ». Des équipes mixtes de résidents ont été constituées. J'entends par mixtes issus des différents services de l'EHPAD (accueil de jour, unité de vie dédiée et unité d'EHPAD classique). Chaque activité était orientée sur un sens et proposée selon la méthode Montessori avec du matériel issu des techniques des thérapies non médicamenteuses. Tous les résidents se sont pris au jeu. Tous avaient les mêmes possibilités de réussite. Cette journée fut un beau succès. Nous avons pu observer une bonne intégration des résidents de l'unité de vie dans le moment festif mais également la création de lien entre les résidents. La généralisation de cette approche de la personne âgée serait bénéfique sur la qualité de l'accompagnement proposé.

Cette expérimentation est une opportunité pour les professionnels de s'interroger sur leurs pratiques et leurs méthodes d'accompagnement de la personnes âgées souffrant de maladies neurodégénératives. Ce changement de regard orienté sur les possibles et les capacités ne doit pas se limiter à l'accompagnement des symptômes de la maladie. Nous devons nous nourrir de cette expérience pour enrichir l'accompagnement des résidents tels qu'ils soient. Dans une dynamique de renouvellement du projet d'établissement, le suivi et l'évaluation de l'expérimentation sont

centraux pour déployer les bonnes pratiques au sein de l'EHPAD. En mesurant le bénéfice sur l'accompagnement des résidents de l'unité, nous en nourrir pour développer nos pratiques professionnelles.

Je souhaite dès lors généraliser la procédure d'admission à l'ensemble des services de la Résidence et les fiches de poste des hôtelières afin d'intégrer la dimension d'animation dans cette fonction.

De plus, nous avons comme volonté profonde de généraliser aux personnes âgées vivant en EHPAD ce changement de regard que nous souhaitons opérer sur les personnes souffrant de maladies de type Alzheimer et assimilées en mettant en lumière leurs capacités. Nous souhaitons que leurs aptitudes soient mises en avant ainsi que leur personnalité pour ne plus les percevoir qu'au travers de leur dépendance. Cette démarche d'amélioration continue de la qualité d'accompagnement de nos résidents prône le respect et la valorisation de la personne âgées, lui garantissant sa dignité.

Bibliographie

Texte législatifs et réglementaires :

- Loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Circulaire du 16 Avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, Plan Alzheimer 2001-2005
- Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relatives aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n° 2004-287 du 25 Mars 2004 relatif au conseil de vie sociale et aux autres formes de participation instituées à l'article L.311-6 du CASF
- Circulaire du 30 Mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007
- Décret n°2006-413 du 6 Avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale
- Décret n°2007-975 du 15 Mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements e services sociaux et médico-sociaux
- Circulaire DGCS/2A n°2010-254 du 23 Juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées
- Charte de la personne âgée accueillie et ses annexes issues de la loi Septembre 2003
- Instruction ministérielle n° DGAS/2CIDHOSIDSS/2010106 du 7 Janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social plan Alzheimer
- Circulaire n° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 Juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-sociale du plan Alzheimer et apparentées 2008-2012
- Instruction n° SG/CNSA/2016/58 du 22 janvier 2016 relative à la déclinaison régionale du plan maladies neurodégénératives 2014-2019

Ouvrages :

- BADEY-RODRIGUEZ C.,1997, *Les personnes âgées en institution : vivre ou survivre*, Paris, 1^{ère} édition
- CHARAZAC P., 2001, *Introduction aux soins géronto-psychiatrique*, 1^{ère} édition
- ENNUYER B., 2003, *La dépendance des personnes âgées, Quelles politiques en Europe, Chapitre 4, Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes »*, Presses universitaires de Rennes
- JAEGER M., 2013, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Edition Dunod
- LOUBAT, J R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Edition Dunot,
- MAISONDIEU J et FERRARI P. Janvier 2011, *Le crépuscule de la raison*, Edition Bayard
- MALLON I, 2005, *Vivre en maison de retraite, le dernier chez soi*, Rennes, Edition ENSP
- MIRAMOND JM., COUET D., PATURET JB.,2012, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Presse de l'EHESP

- MIRAMOND JM., PEYRONNET G., 2009, *Penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris, Editions Seli Arslan
- VILLEZ A., 2005, *Adapter les établissements pour personnes âgées – besoins, réglementation, tarification*, Edition Dunod

Recommandations :

- Recommandations de Bonnes Pratiques ANESM, Février 2011, Qualité de vie en EHPAD : De l'accueil de la personne à son accompagnement, Volet n°1
- Recommandations de Bonnes Pratiques ANESM, Septembre 2011, Qualité de vie en EHPAD : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, Volet n°2
- Recommandations de Bonnes Pratiques ANESM, Décembre 2011, Qualité de vie en EHPAD : La vie sociale des résidents en EHPAD, Volet n°3
- Recommandations de Bonnes Pratiques ANESM, Novembre 2012, Qualité de vie en EHPAD : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, Volet n°4
- Recommandations de Bonnes Pratiques ANESM, Février 2009, L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social
- Recommandations de Bonnes Pratiques ANESM, Juin 2008, Bienveillance : Définition et repères pour la mise en œuvre
- Recommandations de Bonnes Pratiques ANESM, Décembre 2008, Missions du responsable et rôle d'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance
- Recommandations de Bonnes Pratiques ANESM, Mai 2014, Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgées : prévention, repérage, accompagnement
- Groupe Bienveillance FORAP-HAS, Le déploiement de la bienveillance, Guide à destination des professionnels en établissement de santé et EHPAD, Mai 2012
- Association Alzheimer Suisse, Avril 2011, Les thérapies non médicamenteuses pour une meilleure qualité de vie

Rapports :

- Gérontopôle, Hôpitaux de Toulouse, 2008, *Unités spécifiques Alzheimer en EHPAD et pris en charge des troubles sévères du comportement, Réflexion sur les critères de définition et missions*

Articles :

- ARGOU D., 2001, « Du projet de vie aux projets d'animations », *Gérontologie et Société*, n°96
- FONTAINE D., 2009, « Les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'aide à leurs aidants familiaux », n° 128-129

Sites internet :

- <http://WWW.ANESM.sante.gouv.fr>
- <http://www.insee.fr>
- <http://legifrance.gouv.fr>
- [http:// observatoire-des-territoires.gouv.fr](http://observatoire-des-territoires.gouv.fr)

- [http:// http://ancreai.org](http://http://ancreai.org)
- <https://www.maladiealzheimer.fr>
- <http://www.alzheimer.lu>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Les équipes de la Résidence Le Flore	II
ANNEXE 2 : L'analyse de la concurrence	IV
ANNEXE 3 : Journée type du service d'accueil de jour	IX
ANNEXE 4 : GANTT	X
ANNEXE 5 : Les crédits non reconductibles	XI
ANNEXE 6 : La composition du chariot d'animations flash du Flore	XIII

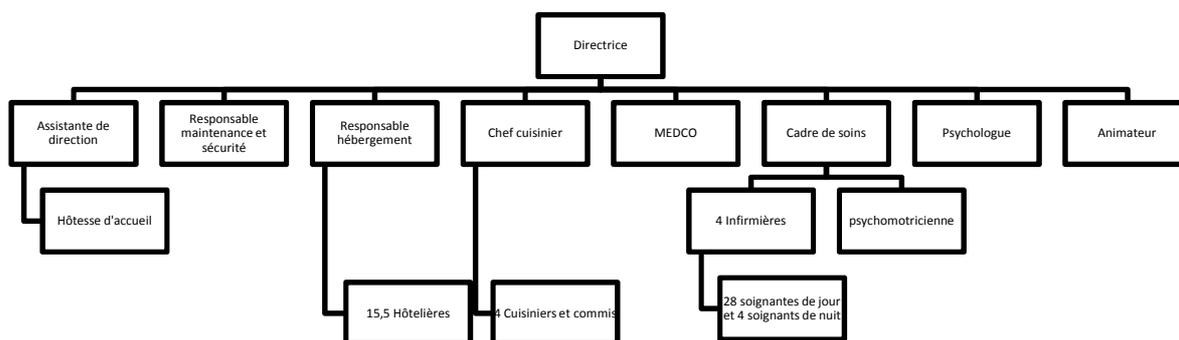
ANNEXE 1 : Les équipes de la Résidence Le Flore

Tableau des effectifs salariés :

Les postes en gras représentent les membres du CODIR et les postes soulignés les membres du CODIR élargi.

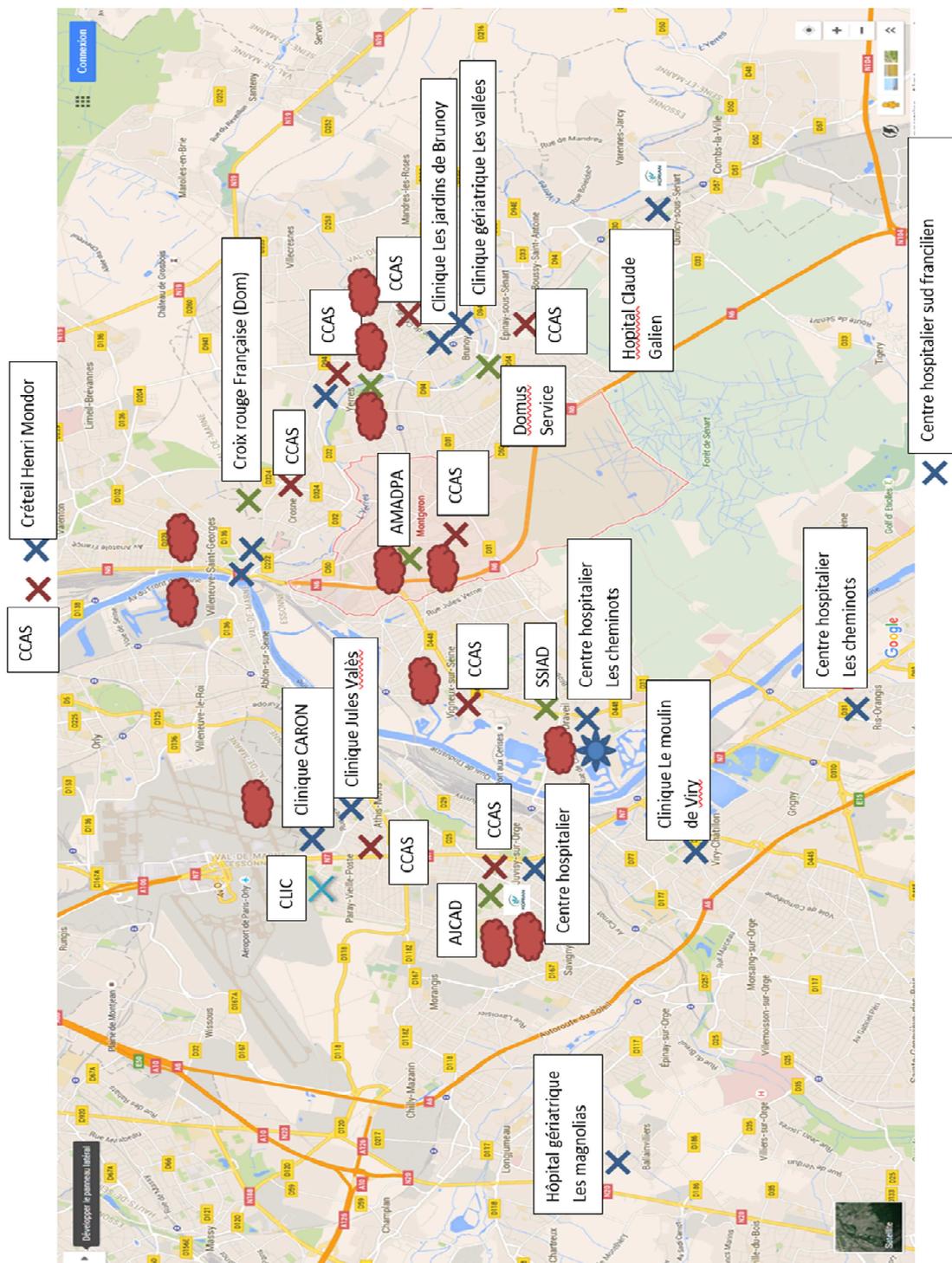
Poste	ETP	Ancienneté moyenne	Moyenne d'âge
Directrice	1	1 an	25 ans
<u>Assistante de Direction</u>	1	30 ans	57 ans
Hôtesse d'accueil	1	3 ans	40 ans
Responsable hébergement	1	28 ans	48 ans
ASH	15,5	12 ans	35 ans
<u>Responsable maintenance et sécurité</u>	1	5 ans	35 ans
<u>Chef cuisinier</u>	1	25 ans	50 ans
Cuisiniers/ Commis	4	15 ans	42 ans
<u>MEDCO</u>	0,5	1 an	48 ans
Cadre de soins	1	5 ans	45 ans
IDE	4	3 ans	32 ans
Psychologue	1	5 ans	34 ans
Psychomotricienne	1	7 ans	34 ans
Animateur	1	1 an	35 ans
AMP/AS	28	7 ans	38 ans
AS nuit	4	10 ans	34 ans
Totaux/ Moyennes	66	10 ans	39 ans

Organigramme :



ANNEXE 2 : Analyse de la concurrence

Benchmark de la Résidence le Flore



Fiche de recueil de données

DATE VISITE	FICHE PROFIL - NOM ETABLISSEMENT :

ACTIVITE		REGION - dpt		Date de création étab:	
Capacité lits		ADRESSE		Personne rencontrée	

Profil commercial	
--------------------------	--

Caractéristiques générales

Localisation / quartier et facilité d'accès Archi/ Agencement/bâtiment Qualité globale de l'hebergement Argumentaire Prise en charge SOIN Restauration Vie Sociale Animation		Parking		Parc / jardin	

Aménagement et décoration Espace de vie :

Accueil:	
Salon Principal & salons étage :	
Salle de Restauration:	
Couloirs	
Autres, fait marquant:	

Restauration

Heure Repas et tarif	
Nombre de service:	
Mode de gestion:	
Carte de remplacement	
Autres, fait marquant:	

Animation

Animations loisir
Animation à finalité
thérapeutique
Animation ouverte sur
extérieur

Temps
animatric
e
Véhicule
sortie ext

Précisions sur les animations proposées

Offre de soins et type

Palliatif / fin de vie
Unité de vie protégée
PASA
Espace cooconing
Accueil de jour
Temporaire
Aide sociale

Nbre de
lits dédiés
Nbre de
lits dédiés

Infos sur la prise en charge

TEMPS ETP
MEDEC
IDE
NUIT
Professionnels
médicaux:

Services complémentaires

Snoezolen
Balnéothérapie
Salon de coiffure
Salle de kine
Internet

Argumentaire et politique de soins - Autres services à forte valeur ajoutée

Positionnement

Notoriété de l'établissement
Réputation de l'établissement

Capacité hébergement et tarif

(catégorie : de la moins chère à la plus chère)

	Nombre de lits		Chambre 20 à 21 m ²	Chambre 21 à 24 m ²	Chambre 25 à 29 m ²	Studio : 30 à 39 m ²	Studio : 40 à 42 m ²	Chambre 43 à 45 m ²	Grande suite
Chambre simple		Tarif							
Chambre double		Type chambre							
TOTAL		Nbre lits							
		Services compris							

Aménagement et décoration chambres et salle de bains

Disponibilités

Performance de l'accueil commercial

Relance
Nbre de jour
Doc remise:

Zone de chalandise

Profil des habitants
Rapport : offre / demande en Ehpad

Conclusion / remarques générales

Tableau d'analyse de la concurrence :

Gentilhommières	Marronniers	Manoir	Mélavie	Repotel	Sofia
Les statuts					
Privé lucratif habilité à l'aide sociale	Privé à but lucratif appartenant à un groupe	Public habilité à l'aide sociale	Privé lucratif habilité à l'aide sociale	Privé à but lucratif habilité à l'aide sociale appartenant à un groupe	Privé lucratif habilité à l'aide sociale
Gentilhommières	Marronniers	Manoir	Mélavie	Repotel	Sofia
La distance					
6,9km	8,5 km	1km	800m	3,2km	3,2km
La capacité d'accueil					
100 lits	84 lits	84 lits	80 lits	80 lits	75 lits
Les services					
58 lits en Unité d'EHPAD classique, 28 lits en Unité de vie dédiée, 14 place de PASA, 8 places d'accueil de jour	48 lits en Unité d'EHPAD classique, 8 lits d'hébergem ent temporaire, 28 en Unité de vie dédiée	70 lits en Unité d'EHPAD classique, 14 lits d'hébergem ent temporaire, 10 place en PASA	80 lits en Unité d'EHPAD classique	80 lits en Unité d'EHPAD classique dont 10 chambres doubles et 2 lits pour l'hébergem ent temporaire	60 lits en Unités d'EHPAD classique Dont 8 lits d'hébergem ent temporaire, 15 lits en Unité de vie dédiée, 8 places en accueil de jour
Les +					
Télé médecine, Une salle de sport adapté, Une fiche complète pour relever les habitudes de vie à l'entrée en	Un espace Snoezelen, Une balnéothérapie, Une salle de rééducation, La WIFI	Un espace Snoezelen	Soins palliatifs, Troisième génération de directeurs	Un ergothérapeute à temps plein	Très bonne réputation et ancrage dans le territoire, Ambiance chaleureuse, fort soutien politique

ANNEXE 3 : Journée type du service d'accueil de jour

9h30 – 10h30 : l'AMP en charge de l'accueil de jour commence par récupérer à leur domicile les gens bénéficiant de ce service à leur domicile grâce à un minibus. Les personnes venant par leurs propres moyens sont installées au salon du deuxième étage en attendant le reste du groupe.

10h30 : une collation est proposée

10h45 – 11h45 : L'AMP inscrit, en fonction de leurs centres d'intérêts et de leurs dispositions, les résidents dans l'animation du matin de la Résidence proposée par l'animateur. Il propose aux autres des activités adaptées ayant pour but de stimuler leurs aptitudes. Ces activités sont ludiques et utilisent des objets du quotidien.

11h45 – 13h30 : au moment du repas, les usagers dressent et desservent la table. La réalisation de geste du quotidien participe à la préservation des acquis et de l'autonomie. Le repas est pris tous ensemble. L'AMP stimule ou aide au repas.

13h30 – 14h30 : durant la pause de l'AMP, les résidents sont installés au salon pour un moment de détente après le repas.

14h30 – 16h : L'AMP inscrit, en fonction de leurs centres d'intérêts et de leurs dispositions, les résidents dans l'animation de l'après-midi de la Résidence proposée par l'animateur. Il propose aux autres des activités adaptées ayant pour but de stimuler leurs aptitudes. Ces activités sont ludiques et utilisent des objets du quotidien.

16h – 16h30 : un goûter est pris tous ensemble

16h30 – 17h30 : l'AMP regroupe tous ses résidents et proposent une activité ludique ou un temps d'échange et de discussion

17h30 – 18h30 : l'AMP clôture sa journée en ramenant les résidents bénéficiant du transport à leur domicile

NB : en cas de congé ou d'absence de l'AMP, le service est assuré. L'animateur assure les transports, une soignante de l'unité de vie dédiée est identifiée pour faire l'accompagnement et la psychologue s'assure de la coordination du service pour préserver les résidents des perturbations possibles engendrées par le changement.

ANNEXE 6 : Les Crédits Non Reconductibles

Poste de dépenses	Nature de la demande	Montant	Accordé
Formation qualifiante	<p>Montessori: permettre la mise en place d'un projet de thérapie non médicamenteuse destinées aux personnes âgées présentant des troubles cognitifs en accord avec les recommandations de l'HAS et de l'ANESM - Comprendre les fondements de la démarche Montessori et les adaptations aux problématiques des personnes âgées - Modifier les représentations et perceptions portées sur la démence et les personnes concernées - Etre capable de repérer, d'évaluer et d'utiliser les capacités préservées, même lorsque les déficits sont sévères.</p>	<p>Montessori : 9019€ TTC (6 personnes)</p>	Accordée en totalité
	<p>Prise en charge des personnes désorientées: Identifier les comportements spécifiques des personnes atteintes de troubles cognitifs. Gérer les troubles du comportement. Utiliser les techniques de communication adaptées aux personnes atteintes de troubles cognitifs</p>	<p>Prise en charge des personnes désorientées: 2724€ TTC (6 personnes)</p>	Accordée en totalité
	<p>Accompagnement des personnes en fin de vie: Analyser les composantes et les spécificités de la relation d'accompagnement des personnes en fin de vie, repérer les exigences, les difficultés et les</p>	<p>Accompagner les personnes en fin de vie: 5190€ TTC (6 personnes)</p>	Accordée en totalité

	limites. Intégrer la démarche d'accompagnement de fin de vie et d'évaluation de la douleur dans le projet personnalisé. Comprendre les mécanismes du deuil et son déroulement		
Formation diplômante	VAE Aide-soignante: Optimiser ces chances de réussite à la VAE par un appui méthodologique et technique. Obtenir un diplôme sans avoir à suivre de parcours de formation initial. Valoriser son expérience professionnelle et faire reconnaître ses compétences par un diplôme	VAE Aide-soignante: 3151€ TTC	Accordée en totalité
Matériel de soins	Matériel de thérapie non médicamenteuse Et autres, à destination des autres services de l'EHPAD	7171€ TTC 80 000€ TTC	Accordée en totalité Accordée en partie
TOTAUX		100 084€	99 000€

ANNEXE 7 : La composition du chariot animations flash du Flore

Activités	Propositions des groupes de travail	Moyens utiles à la réalisation	Mises en place
Réminiscence	Books thématiques sur une célébrité et les anciennes voitures	Albums photos Imprimante Ciseau	Réalisation de deux albums (star des années 60 et les anciennes voitures) grâce à un site d'impression en ligne
Récupération Mnésique	Lecture de la presse	Abonnement à un journal quotidien d'informations	Abonnement au Parisien pour avoir les actualités de l'Essonne
Sensorielle	Soins des mains	Kit manucure et vernis Crème pour les mains	Déjà existant
Praxique	Pâte à sel	Farine Eau Sel Four Saladier Fouet	Disposant déjà du nécessaire de cuisine, nous avons acheté des boîtes hermétiques pour la conservation du sel et de la farine dans le chariot
Environnementale	Promenade dans le jardin thérapeutique	Aucun	Entretien du jardin et des aménagements pour donner envie de s'y rendre
Médiation par la musique	Proposer un moment dansant ou chantant	Poste de musique CD	Existant et mise à disposition d'une rallonge pour faciliter l'alimentation de l'appareil

Sensorielle 2	Faire écouter de la musique grâce à un poste transportable	Poste de musique CD	Existant et mise à disposition d'une rallonge pour faciliter l'alimentation de l'appareil
Médiation pratique	Jeu de balle et de ballon	Balles Ballon Jeu Parachute	Existant, mis à disposition dans le chariot
Médiation	Relation à l'animal	Temps avec le lapin de l'unité	Existant, et en plus, mis en place d'un temps spécifique à l'entretien du lapin intégré dans le projet d'animation
Médiation par les sens	Créer des éléments Snoezelen : Tableau sensoriel	Achat d'une toile Achat d'éléments de différentes matières Colle/ Ciseau	Achats réalisés et tableau confectionné par la psychomotricienne et la psychologue
Médiation par le jeu	Jouer à la bataille Jouer aux dominos	Cartes à jouer Jeu de dominos	Existant, intégrés au chariot

LAMBERT

Louise

Septembre 2016

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Parmentier/ Pari Ile de France

**REPENSER LES PARCOURS SPECIFIQUES DES PERSONNES AGEES
ATTEINTES DE MALADIES DE TYPE ALZHEIMER OU APPARENTEES
AU SEIN D'UN EHPAD**

Résumé :

C'est en changeant de regard que notre vision évolue. En regardant différemment, notre questionnement s'ouvre. Nous avons décidé de regarder du côté des possibles. A la Résidence Le Flore, toute l'équipe de l'unité de vie dédiée a fait le choix de miser sur les thérapies non médicamenteuses pour développer l'accompagnement des personnes souffrant de maladies de type Alzheimer et assimilées. Ces techniques d'approches des troubles du comportement chez la personne âgée s'appuient sur des méthodes ingénieuses pour s'adapter à l'expression des symptômes de la maladie. Elles favorisent l'autonomie, le vivre-ensemble et le bien-être des résidents. Elles proposent des stimulations adaptées grâce à des activités ludiques ou du quotidien dans le respect et la dignité de la personne.

Les thérapies non médicamenteuses participent à l'émancipation de la personne âgée atteinte de maladie neurodégénérative. En modifiant l'approche de l'utilisateur, elles invitent au changement de regard sur ce public. Trop souvent perçu au travers de leurs pertes, de leur dépendance, nous avons fait le choix de parier sur les capacités.

Afin d'améliorer le parcours des personnes âgées souffrant de maladies de type Alzheimer et assimilées en EHPAD, nous avons mené une expérimentation au sein de notre unité de vie dédiée à l'accompagnement de ce public. Grâce à la participation des équipes pluridisciplinaire, nous avons revu le projet de ce service pour se spécialiser dans l'approche des troubles du comportements.

Les symptômes de la maladie entravent les relations aux autres, à l'environnement. Nous avons élaboré et mis en place un milieu doté de ressources matérielles et humaines adaptées, stimulantes et bienveillantes. Elles visent à mettre en lumière ce qui est encore possible.

Dans une dynamique proche de renouvellement du projet d'établissement, nous comptons nous appuyer sur cette expérimentation pour enrichir nos pratiques et améliorer la qualité de l'accompagnement proposé à tous les résidents du Flore.

Mots clés :

Personnes âgées - Maladies neurodégénératives - Thérapies non médicamenteuses – Troubles du comportement - Expérimentation

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.