

**FAVORISER ET PROMOUVOIR LA BIEN-TRAITANCE
PAR UN PROJET BASE SUR LA COOPERATION INTERNE
ET EXTERNE DANS UN CONTEXTE DE FORTE MIXITE
MEDICALE ET SOCIALE**

L'EXEMPLE DE L'EHPAD GALIGNANI

Nathalie PATIER

2017

R e m e r c i e m e n t s

À mes grands-parents et particulièrement ma grand-mère maternelle, ce petit bout de femme si lumineuse dont la petite flamme s'est éteinte durant ma formation C.A.F.D.E.S,

À mes parents partis trop tôt mais qui m'ont tout appris,

À mon mari, ma moitié, toujours là pour me soutenir et à qui je dois tout,

À mon fils, parfois si difficile à comprendre mais tellement important dans ma vie,

À mon frère, mon double au grand cœur, toujours là pour moi et à ma belle-sœur et mes nièces, des rayons de soleil venus éclairer mon existence,

À mon Papou, pour son courage admirable face à la maladie et son grain de folie,

À ma directrice de mémoire, pour sa rigueur, son écoute empathique, ses conseils avisés et sa vision si éclairante,

Au sous-directeur des services aux personnes âgées, pour son positionnement, son soutien et sa volonté de faire changer les choses,

Au chef de service des E.H.P.A.D, mon ancien directeur, pour ses conseils avisés, ses qualités humaines et sa confiance,

À mon infirmière coordonnatrice, pour son éthique et ses valeurs si proches des miennes,

À tous les résidents de Galignani et leurs familles, mes sources d'inspiration et de motivation sans faille au quotidien,

Merci beaucoup

Sommaire

<u>Introduction</u>	3
<u>1 L'E.H.P.A.D Galignani dans son contexte</u>	5
<u>1.1 Politiques publiques et dépendance</u>	5
<u>1.1.1 L'histoire des politiques publiques en faveur des personnes âgées dépendantes</u> 5	
<u>1.1.2 Le vieillissement de la population : un phénomène inévitable</u>	9
<u>1.1.3 L'augmentation de la dépendance des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés</u>	10
<u>1.2 La gouvernance communale de Paris</u>	11
<u>1.2.1 Le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris et son territoire</u>	11
<u>1.2.2 Le contexte démographique et social à Paris</u>	14
<u>1.3 Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes du C.A.S-V.P</u>	17
<u>1.3.1 Présentation de l'E.H.P.A.D Galignani</u>	18
<u>1.3.2 Son implantation sur le territoire</u>	19
<u>1.4 L'offre de service de l'E.H.P.A.D Galignani</u>	20
<u>1.4.1 Le profil des résidents et les pathologies rencontrées</u>	20
<u>1.4.2 L'évolution des besoins de la population accueillie</u>	22

2	<u>Une adaptation nécessaire pour un accompagnement diversifié des résidents</u>	29
2.1	<u>Le cadre institutionnel</u>	29
2.1.1	<u>De nombreuses contraintes</u>	29
2.1.2	<u>Le cadre de l'autonomie et de la prise de décision du directeur</u>	30
2.1.3	<u>Des atouts et des ressources au service du personnel et des résidents</u>	31
2.2	<u>L'accompagnement et la prise en soin des personnes accueillies</u>	34
2.2.1	<u>La mixité sociale et médicale : un atout et une gestion quotidienne difficile</u>	34
2.2.2	<u>Une organisation qui doit mieux différencier les prises en soin</u>	34
2.2.3	<u>Un dilemme entre respect des droits et libertés et sécurité/ bien-être</u>	36
2.2.4	<u>Une nécessaire ouverture sur l'environnement et un travail collectif à initier entre directeurs</u>	37
2.3	<u>Les ressources humaines et les pratiques professionnelles</u>	38
2.3.1	<u>Un accompagnement personnalisé à faire vivre pleinement</u>	38
2.3.2	<u>Un personnel en difficulté</u>	38
2.3.3	<u>Une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences à repenser</u>	39
2.3.4	<u>La place et la vie des résidents et des familles</u>	39
3	<u>Vers une coopération au service de la bientraitance des résidents et des professionnels : un projet transversal et territorial</u>	42
3.1	<u>Les différents concepts qui fondent ce projet</u>	42
3.1.1	<u>La bientraitance</u>	42
3.1.2	<u>La coopération</u>	45
3.1.3	<u>La collégialité</u>	46
3.2	<u>La démarche managériale au service du projet</u>	46
3.2.1	<u>Et l'organisation du travail ?</u>	52
3.2.2	<u>Le renforcement du soutien aux professionnels</u>	53
3.2.3	<u>L'accompagnement au changement</u>	54
3.2.4	<u>La présentation du projet en trois axes</u>	57
3.3	<u>La coopération interne, au sein de l'établissement</u>	59
3.3.1	<u>Sa mise en œuvre immédiate</u>	60
3.3.2	<u>L'élaboration du nouveau projet d'établissement 2019-2023</u>	63
3.4	<u>La coopération interne, au sein du C.A.S-V.P.</u>	70
3.4.1	<u>La participation au développement de la G.P.E.C</u>	70

3.4.2	<u>La coopération inter-E.H.P.A.D pour repenser le parcours de vie institutionnel du résident</u>	72
3.5	<u>La coopération externe sur le territoire</u>	74
3.5.1	<u>Une volonté d'ouverture sur l'environnement</u>	74
3.5.2	<u>Le développement des partenariats</u>	75
4	<u>Évaluation du projet</u>	77
	<u>Conclusion</u>	80
	<u>Bibliographie</u>	83
	<u>Liste des annexes</u>	I

Liste des sigles utilisés

A.M.P	Aide Médico-Psychologique
A.N.E.S.M	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux
A.P.A	Allocation Personnalisée d'Autonomie
A.R.S	Agence Régionale de Santé
B.A.R	Bureau d'Accueil en Résidences
C.A.S-V.P	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
C.A.S.F	Code de l'Action Sociale et des Familles
C.L.I.C	Centre Local d'Information et de Coordination
C.N.S.A	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
C.V.S	Conseil de la Vie Sociale
D.A.S.E.S	Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
D.R.E.E.S	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
E.H.P.A.D	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
E.T.P	Équivalent Temps Plein
F.E.I	Fiches d'Évènements Indésirables
F.N.G	Fondation Nationale de Gérontologie

G.I.R	Groupe Iso-Ressources
G.M.P	GIR Moyen Pondéré
G.P.E.C	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
H.A.D	Hospitalisation À Domicile
H.A.S	Haute Autorité de Santé
I.N.E.D	Institut National d'Études Démographiques
I.N.S.E.E	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
I.R.D.E.S	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
MOBIQUAL	MOBilisation pour l'amélioration de la QUALité des pratiques professionnelles
O.M.S	Organisation Mondiale de la Santé
P.A.S.A	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
P.U.V	Petites Unités de Vie
P.M.P	Pathos Moyen Pondéré
P.S.D	Prestation Spécifique Dépendance
S.D.S.P.A	Sous-Direction des Services aux Personnes âgées
S.F.G.G	Société Française de Gériatrie et Gériologie
S.M.T.I	Soins Médicaux et Techniques Importants
S.S.I.A.D	Services de Soins Infirmiers À Domicile
U.H.R	Unité d'Hébergement Renforcée
U.V.P	Unité de Vie Protégée

« Il est grand temps de rallumer les étoiles »

Guillaume Apollinaire

- **Introduction**

L'augmentation du nombre de personnes âgées en France constitue aujourd'hui un enjeu sociétal important. L'aide s'organise principalement autour de deux types de prise en charge : la prise en charge à domicile, privilégiée par les politiques publiques, et celle en établissement d'hébergement collectif, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible.

Les directeurs d'E.H.P.A.D doivent donc désormais faire face à cette évolution des profils accueillis, de plus en plus âgés et dépendants, avec une augmentation importante d'accueil de résidents souffrant de troubles cognitifs, de troubles psychiatriques ou en situation de handicap. Ces bouleversements nécessitent d'adapter la prise en soin de ces personnes et l'accompagnement des professionnels, dans un contexte financier contraint, afin de maintenir voire faire progresser les attentes liées à la bienveillance de tout citoyen vulnérable.

Cette volonté d'améliorer la qualité de prise en soin des résidents et l'accompagnement des professionnels m'anime depuis le début de ma carrière professionnelle d'infirmière puis de cadre supérieur de santé.

Directrice d'un E.H.P.A.D du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (C.A.S-V.P) depuis deux ans, je me dois de mener un travail approfondi au sein de mon établissement mais aussi d'affirmer le sens et la place de ce travail au sein du C.A.S-V.P et peut-être au-delà, sur le territoire.

Le C.A.S-V.P, établissement public qui met en œuvre l'action sociale municipale sur le territoire parisien, est aujourd'hui confronté à cette problématique de manière transversale puisqu'elle concerne ses seize E.H.P.A.D, pour la plupart parisiens.

Ma problématique, pour l'E.H.P.A.D que je dirige, est de faire évoluer une prise en charge qui montre des difficultés de prise en soin et d'accompagnement des résidents en raison d'une forte mixité sociale et médicale, dans un contexte spécifique de contraintes organisationnelles, architecturales, statutaires et financières.

L'objet de ce mémoire sera de répondre à cet enjeu majeur pour améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs et ainsi mieux répondre aux besoins de l'ensemble des résidents et au soutien des équipes.

Pour cela, dans une première partie, je vais m'intéresser aux différents contextes : celui des politiques publiques en lien avec la dépendance, le contexte territorial et institutionnel.

Ensuite, la seconde partie permettra de poser le cadre institutionnel, d'apporter un éclairage et une analyse du fonctionnement de l'E.H.P.A.D, de son organisation et du rôle du directeur d'E.H.P.A.D au C.A.S-V.P.

Enfin, la troisième partie sera centrée sur mon projet de direction, basé sur la coopération interne et externe, qui me conduit à mener des changements pour prendre en compte cette complexité, pour un accompagnement personnalisé et adapté des résidents et une montée en compétences des professionnels, avec ce souci constant de bientraitance institutionnelle.

- **L'E.H.P.A.D Galignani dans son contexte**
- **Politiques publiques et dépendance**
- **L'histoire des politiques publiques en faveur des personnes âgées dépendantes**

Avant 1960 : la solidarité familiale

La seule politique publique est celle de l'assistance des pauvres car la majorité des personnes âgées vivent en famille. Seules quelques associations caritatives apportent des aides aux personnes âgées sous forme d'aide-ménagère pour les tâches domestiques et les soins à la personne, en complétant par des soins médicaux, pour éviter l'hospitalisation. Le vieillissement et/ou la dépendance des personnes relèvent alors de la solidarité familiale et le terme de dépendance n'est pas encore évoqué.

L'année 1945 voit naître la sécurité sociale qui a pour but de protéger les personnes des conséquences d'évènements ou de situations diverses. Elle aboutit à la création de quatre branches : la branche « maladie » (maladie, maternité, invalidité, décès), la branche « accidents de travail et maladies professionnelles », la branche « vieillesse et veuvage » (retraite) et la branche « famille » (dont handicap, logement).

À partir de 1960, de nombreuses recommandations, rapports, lois, décrets, chartes et plans successifs ont jalonné l'histoire des politiques publiques en faveur des personnes dépendantes, âgées et/ou handicapées.

En 1962, Pierre LAROQUE alerte l'opinion, dans un rapport de la commission d'étude des problèmes de vieillesse, sur le mal logement des personnes âgées, sur leur isolement mais aussi sur la situation de grande pauvreté dans laquelle se trouvent de nombreux retraités. Ce cri d'alarme donnera lieu à de véritables révolutions. Les pouvoirs publics revalorisent très nettement le niveau des retraites tout au long des années 60 et 70. Des logements-foyers sont construits par les Centres Communaux d'Action Sociale (C.C.A.S). Même si ce rapport n'est plus d'actualité sur certains sujets, l'isolement social dénoncé par M. LAROQUE reste une problématique d'actualité, plus de 50 ans après.

Après la création de la sécurité sociale en 1945 et le rapport LAROQUE en 1962, les structures gérontologiques évoluent.

L'année 1975 marque une avancée sociale importante avec la création de deux lois : la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

La première régleme les conditions de création, de financement, de formation et de statut des établissements et services du secteur social et médico-social. Elle prévoit le recensement des besoins, établit des priorités et instaure une autorisation administrative pour créer, gérer, transformer des établissements sociaux et médico-sociaux (les hospices seront transformés en maisons de retraite médicalisées).

La seconde reconnaît les droits des personnes handicapées dans la société. Elle fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics dont l'importance de la prévention et du dépistage des handicaps.

Les années 1980 sont témoin d'une diversification de formes de soutien (développement des lieux d'accueil de jour, d'accueil temporaire, le portage des repas, la téléalarme, etc.).

En 1988, Théo BRAUN, dans un rapport, se questionne prioritairement sur le problème de la prise en charge des personnes dépendantes sous l'angle des financements.

Les différentes lois votées dans les années 1990 et 2000 :

La loi n°97-60 du 24 janvier 1997 institue une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes : la Prestation Spécifique Dépendance (P.S.D). En 1999, plusieurs

textes réforment le financement et la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées.

En 2001, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A) se substitue à la P.S.D à travers la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Puis, la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 amende la loi sociale de 1975.

Elle réforme le fonctionnement de tous les établissements sociaux et médico-sociaux. Elle positionne la personne au centre du dispositif. Cette loi voit notamment l'instauration d'une culture de l'évaluation avec la naissance, en 2007, de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-Sociaux (A.N.E.S.M) et de la coordination.

L'enjeu est alors l'adaptation aux besoins des usagers, tout en augmentant la qualité et la maîtrise des coûts.

Même en situation de handicap ou de perte d'autonomie, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits.

La canicule de l'été 2003 : une prise de conscience

Malgré un renforcement des dispositifs de prise en charge des personnes âgées, les effets mortels de la canicule mettent en évidence les carences du système.

La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 permet la naissance de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (C.N.S.A). Cette dernière finance l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Une journée de solidarité est alors demandée aux Français.

Les principaux plans nationaux

En 2007, deux programmes nationaux sont adoptés par le gouvernement : le plan national « bien vieillir » 2007-2009 et le plan « solidarité grand âge » 2007-2012.

Le premier plan propose des mesures préventives pour un « vieillissement réussi » tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en favorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. Il est articulé autour de neuf axes visant à favoriser des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques, à promouvoir des comportements favorables à la santé, à améliorer l'environnement individuel et collectif et à renforcer le rôle social des seniors par leur participation.

Le second plan vise à promouvoir le libre choix des personnes âgées entre le maintien à domicile et l'entrée en structure d'accueil. Il souhaite également développer la médecine gériatrique et les liens entre le domicile, l'hôpital et les structures d'accueil.

Quatre plans nationaux vont se succéder concernant la maladie d'Alzheimer :

- Le premier plan national 2001-2005 se centre sur le diagnostic de la maladie,
- Le deuxième plan 2004-2007 sur la reconnaissance de la maladie à part entière,
- Le troisième plan 2008-2012 prévoit de créer, pour les patients souffrant de troubles du comportement et en fonction du niveau de ces troubles, deux types d'unités spécifiques : le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (P.A.S.A) et l'Unité d'Hébergement Renforcée (U.H.R),
- Le quatrième plan sur les maladies neuro-dégénératives 2014-2019 (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques)

Une charte qui concerne particulièrement les personnes âgées

La charte des droits et des libertés des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance est créée par La Fondation Nationale de Gérontologie (F.N.G) en 2007. Cette charte a pour objectif d'affirmer la dignité de la personne âgée en situation de handicap ou devenue dépendante et de rappeler ses libertés et ses droits ainsi que les obligations de la société à l'égard des plus vulnérables.

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Elle vise à anticiper les conséquences du vieillissement de la population, en particulier la perte d'autonomie, sur la vie sociale et les politiques publiques. Elle mobilise l'ensemble des politiques publiques afin de donner les moyens aux personnes âgées, même fragilisées, d'être actrices de leur parcours. Le texte s'articule autour de trois axes : l'amélioration du quotidien des personnes âgées, l'amélioration des conditions de travail des aides à domicile et la prévention contre la perte d'autonomie.

À ce jour, il existe une diversité de dispositifs structurels et financiers, qui, d'une manière ou d'une autre, contribuent au soutien des personnes âgées dites dépendantes qui peuvent être prises en charge dans différents types de structures d'hébergement collectif (établissements publics ou privés, médicalisés ou non, services de soins de longue durée), hébergées en accueil familial ou maintenues à domicile avec des aides. La priorité des pouvoirs publics est d'ailleurs de privilégier le maintien à domicile par, entre autre, une adaptation des logements.

Les directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux ont la responsabilité de conduire leur structure dans un contexte souvent difficile, en perpétuel mouvement, devant tenir compte de l'évolution des besoins des personnes accueillies mais aussi de la qualité de vie au travail des professionnels, pour maintenir un contexte bientraitant qui respecte la dignité de chacun.

- **Le vieillissement de la population : un phénomène inévitable**

Le vieillissement est un phénomène planétaire. Aujourd'hui, pour la première fois dans l'histoire, la majorité des populations peuvent espérer vivre jusqu'à 60 ans et au-delà.

Ce vieillissement reflète une amélioration de la santé et des conditions socio-économiques mais il s'accompagne aussi de difficultés particulières auxquelles tous les pays devront faire face.

Il est donc essentiel de préparer notre société à répondre aux besoins des personnes âgées. La France doit faire face au vieillissement de la population, lié à l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des personnes issues du «baby-boom». Au 1^{er} janvier 2016, le vieillissement de la population française se poursuit puisque le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va augmenter de 25 % d'ici 2025. Au 1^{er} janvier 2017, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 25,3 % de la population française, et celles de plus de 75 ans représentent 9,1%. Les prévisions portent ce chiffre à 20,2 millions de personnes en 2020 et 23,6 millions en 2060, soit environ 1/3 de la population. Cette évolution est désormais devenue non seulement un défi politique mais un enjeu sociétal très lourd. L'Institut National d'Études Démographiques (I.N.E.D) précise qu'en France, près d'un habitant sur cinq est âgé de 65 ans ou plus, soit environ 11,6 millions de personnes, dont plus de la moitié a atteint ou dépassé les 75 ans.

Il n'existe pas de définition stricte de la personne âgée. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), sont considérées comme âgées les personnes de 60 ans et plus. Cette limite d'âge est reprise en France, notamment pour les aspects administratifs liés au vieillissement et à sa prise en charge, par exemple pour l'attribution de certaines aides financières. Passé cet âge, on peut distinguer les notions de troisième et quatrième âge après 75 ans. Comme l'âge défini pour utiliser le terme de « personne âgée » est variable, nous pouvons donc en déduire que ce n'est pas l'âge qui permet de qualifier une personne d'âgée et dépendante mais les modifications physiques, physiologiques et psychiques de son état.

Au-delà des réponses financières à apporter à cette évolution, l'augmentation du nombre de personnes âgées pose des enjeux sociétaux concernant leur prise en charge lorsqu'il y a perte d'autonomie.

- **L'augmentation de la dépendance des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés**

Il convient tout d'abord de différencier la dépendance et le vieillissement. Toutes les personnes âgées ne sont pas dépendantes même si la prévalence de la perte de l'autonomie augmente avec l'âge.

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (I.N.S.E.E) définit la dépendance d'une personne âgée comme un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne.

Elle précise que le degré de dépendance d'une personne dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non directement de son état de santé. En revanche, le vieillissement est un phénomène physiologique naturel. La dépendance touche, sous toutes ses formes, environ un million de personnes en France. En 2025, ce chiffre pourrait atteindre les 1 250 000. La dépendance est souvent associée aux personnes âgées. 40 % des personnes âgées dépendantes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer. Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S), après 75 ans, une personne sur douze vit en institution.

L'entrée dans un établissement pour personnes âgées est souvent liée à des problèmes médicaux, en particulier ceux entraînant une perte d'autonomie. En institution, 86 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont dépendantes, contre 13 % des personnes du même âge vivant à domicile. Elles déclarent plus souvent des limitations fonctionnelles : 45 % évoquent une limitation sensorielle, même après correction (vue ou audition), 68 % des limitations cognitives et 91 % des limitations physiques. Le vieillissement de la population s'accompagne également d'une augmentation impressionnante de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer. Avec 850 000 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, la France fait partie des pays où le nombre de malades est le plus élevé. 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année, soit près d'un toutes les trois minutes. En 2020, un Français de plus de 65 ans sur quatre devrait être touché par la maladie d'Alzheimer.

Les directeurs d'E.H.P.A.D doivent engager l'adaptation à l'évolution des profils accueillis au sein de leurs institutions, dans un contexte de prévention car la recherche en neuro sciences ne permet pas à ce jour de limiter cette inflation. Les réponses aux besoins accrus à la dépendance se sont traduites par une massification de l'offre de soins sous forme de foyers-logement et d'E.H.P.A.D de taille conséquente.

Un courant actuel, sur le modèle d'autres pays comme les pays du Nord de l'Europe, semble porter vers une nouvelle évolution de structures de tailles plus petites, parfois

communautaires ou en autogestion mais offrant encore peu de solutions alternatives à l'exception de l'accueil familial.

- **La gouvernance communale de Paris**

- **Le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris et son territoire**

Le C.A.S-V.P est un établissement public, dont les missions et le statut résultent du Code de l'Action Sociale et des Familles (C.A.S.F). Il met en œuvre l'action sociale municipale sur le territoire parisien.

Ses trois grandes missions au service des parisiens sont :

- les interventions sociales (aides et prestations sociales),
- les services aux Parisiens âgés (accompagnement des personnes âgées ou handicapées),
- la solidarité et la lutte contre l'exclusion (aides aux familles et aux personnes en difficulté).

Il gère des équipements pour l'accueil ou l'hébergement des personnes âgées et des personnes en difficulté ou sans abri et participe à l'instruction des prestations d'aide sociale légale pour le compte du Département et de l'État. Il joue un rôle majeur dans l'animation de nombreux dispositifs sociaux parisiens. Il assure la prise en charge des publics en situation de précarité grâce aux services sociaux.

Il administre des antennes de Services de Soins Infirmiers À Domicile (S.S.I.A.D) ainsi qu'un service d'aide à domicile (Paris Domicile), 284 établissements tels un Centre Local d'Information et de Coordination (C.L.I.C) Paris Émeraude, des centres de santé, des résidences services et appartements, des restaurants pour personnes âgées ou en situation de handicap, des centres d'hébergement, des clubs seniors et 16 E.H.P.A.D répartis pour la plupart à Paris ou banlieue. Ses actions s'inscrivent dans les orientations de l'exécutif de la ville de Paris pour lutter contre toutes les formes d'exclusion, réduire les inégalités, garantir les droits et faciliter leur accès.

Le schéma gérontologique 2012-2016 de la ville de Paris « Bien vivre son âge à Paris » comportait deux orientations majeures :

- un renforcement quantitatif de l'offre en établissements, notamment les E.H.P.A.D, pour répondre aux besoins de la personne âgée et de ses aidants
- la coordination des acteurs, incluant l'information des usagers, pour permettre une effectivité de l'accès aux droits

Ce schéma prévoyait la création de 1 000 places en structures, dans la continuité de l'effort qui avait été réalisé dans le cadre du précédent, afin de rattraper le retard de Paris en termes de solution d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il poursuit l'effort de création de places d'E.H.P.A.D, en diversifiant l'offre, en créant également des Petites Unités de Vie (P.U.V), structures d'accueil de personnes âgées de petite dimension (moins de 25 places). Ce schéma a également permis de développer, sur le territoire parisien, l'offre d'hébergement temporaire.

Je n'ai pas pu prendre en compte le nouveau schéma gérontologique 2017-2022 intitulé « Séniors à Paris » dont j'ai eu connaissance à la fin de la rédaction de ce mémoire.

Les nouveaux profils accueillis nécessitent une prise en soins à adapter pour répondre à l'émergence de besoins plus spécifiques en matière d'hébergement et d'accompagnement. Il est donc nécessaire de créer des structures adaptées à ces personnes, comme le préconisent les politiques publiques.

Les orientations du conseil départemental sont en adéquation avec l'évolution des politiques publiques. Une adaptation est nécessaire à l'émergence de ces « nouveaux publics » par la création d'unités dédiées avec une nécessité soulignée par les politiques publiques : la coordination entre les différents acteurs.

Même si le C.A.S-V.P est un établissement public autonome, les liens avec la ville de Paris et en particulier la Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé (D.A.S.E.S) restent forts. Du fait de son double statut de Ville-Département, la municipalité parisienne, en particulier la D.A.S.E.S, organise et met en œuvre l'ensemble des politiques sociales dites « légales » (encadrées et imposées sur l'ensemble du territoire français par la loi, notamment le Code de l'Action Sociale et des Familles) et « extralégales » (les politiques supplémentaires menées par la ville, notamment à travers son centre d'action sociale). La D.A.S.E.S exerce les compétences départementales habituelles sur le champ des personnes âgées (notamment contrôle et tarification pour les E.H.P.A.D) et est un financeur important à travers l'aide sociale (la totalité des places en E.H.P.A.D au C.A.S-V.P est habilitée à l'aide sociale et près des 2/3 sont occupées à ce titre).

C'est donc le département qui fixe les prix de journée de nos E.H.P.A.D et qui est le principal concerné par leur évolution à travers le financement de l'aide sociale hébergement.

La ville de Paris au sens large est donc à la fois financeur et tarificateur (D.A.S.E.S) et en même temps opérateur (C.A.S-V.P). Cette situation est un peu particulière mais ne désavantage pas réellement le C.A.S-V.P qui conserve une relative autonomie de gestion par rapport à la ville. Il est soutenu financièrement par la ville qui aide largement au financement de l'investissement pour les nouveaux E.H.P.A.D (subventions transférables pouvant atteindre 50 % du coût de la construction et qui permettent de limiter l'impact sur les prix de journée).

En terme de négociation avec le Département, le fait d'être le seul opérateur public sur Paris et de représenter plus de 2000 places d'hébergement facilite les choses et permet de mutualiser certaines fonctions portées par le siège (par exemple, la démarche qualité, le pilotage du dossier informatisé du résident et tous les services « support » du C.A.S-V.P). Le revers de la médaille est une autonomie très restreinte pour les directeurs et l'application d'un certain nombre de contraintes (par exemple, les marchés publics).

Pour autant, au C.A.S-V.P, hormis la création d'hébergements spécifiques encore au-dessous des besoins identifiés sur le territoire, l'accompagnement de ces personnes atteintes de troubles cognitifs ou du comportement devra s'accompagner du développement des ressources humaines en adaptant, entre autre, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (G.P.E.C) pour une montée en compétences des professionnels, l'accompagnement des équipes au changement devant de nouvelles prises en charge, l'anticipation des personnels spécifiques tels les assistants en soins gérontologiques, la prévision des effectifs en adéquation avec ces nouvelles prises en charge, etc....Le C.A.S-V.P doit s'interroger bien au-delà de l'ouverture administrative de structures spécifiques.

Je souhaite, par ce travail, apporter mon éclairage en me penchant sur l'aspect qualitatif de ces prises en soin si singulières. Convaincue du besoin urgent de travailler dans ce sens à l'E.H.P.A.D Galignani, cette mission transversale sera également l'occasion, pour moi, de porter le changement à travers la professionnalisation des E.H.P.A.D du C.A.S-V.P en ce qui concerne l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs et des professionnels. Ce travail me permettra aussi d'être force de proposition pour faire évoluer et accompagner les E.H.P.A.D du C.A.S-V.P.

- **Le contexte démographique et social à Paris**

Une ville très inégalitaire

Paris est un territoire où les plus aisés côtoient les plus modestes. En effet, il existe des disparités entre les populations du sud-ouest de Paris, plutôt aisées et celles du nord-est, les plus défavorisées. À l'intérieur même des grands quartiers, il apparaît des profils socio-démographiques hétérogènes qui témoignent d'une certaine mixité sociale.

Cinq profils de quartiers ont ainsi pu être identifiés : des territoires vulnérables, des territoires aisés, des territoires de mixité sociale, des territoires accueillant des cadres dans des parcs locatifs privés et des territoires accueillant les classes moyennes.

Certains quartiers font l'objet de transformations sociales telles la gentrification ou la paupérisation.

Au sein même des arrondissements, il existe parfois une grande diversité de situations socio-économiques notamment dans l'est parisien. En ce qui concerne le vieillissement démographique, Paris résiste mieux à la tendance au vieillissement démographique que l'Ile-de-France et la France, sans pour autant pouvoir y échapper.

En effet, les Parisiens âgés de 60 ans et plus représentent 19,5% de la population parisienne. Cette proportion de personnes âgées est plus faible à Paris que dans l'ensemble de la France métropolitaine. Selon une étude réalisée par l'I.N.S.E.E et l'Atelier Parisien d'Urbanisme (A.P.U.R), la population parisienne vieillit moins vite que le reste de la population française. Ainsi entre 1999 et 2007, le nombre de personnes âgées a progressé trois fois moins vite (0,4 %) à Paris qu'en Ile-de-France (1,5 %) ou en France (1,4 %). Si l'augmentation de l'espérance de vie et l'arrivée des générations du baby-boom à l'âge de la retraite doivent se traduire par un vieillissement important de la population française, Paris vieillira cependant moins vite que les autres départements.

L'I.N.S.E.E prévoit ainsi d'ici 2030 une progression moins rapide des 75 ans et plus à Paris (+1,5 % par an) qu'en Ile-de-France (+2,2 % par an) et qu'en France métropolitaine (+2,1 % par an).

Des disparités de revenus entre les parisiens âgés

Il y a de fortes disparités de revenus entre les parisiens âgés. Paris compte à la fois des seniors bénéficiant de revenus importants mais aussi une part de personnes âgées pauvres, en augmentation ces dernières années.

Il y a donc des inégalités sociales marquées. 87 % des personnes admises en E.H.P.A.D, en 2010, disposaient de ressources égales ou inférieures à 2 000 euros par mois. La majorité des admis ont bénéficié de l'aide sociale à l'hébergement. Avec l'arrivée aux âges élevés de générations qui ont connu des périodes de chômage et des carrières incomplètes, davantage de seniors risquent d'être confrontés à la précarité dans les années à venir s'ils ont pu se maintenir sur Paris hors logements sociaux.

Des solutions pour les personnes âgées dépendantes

La ville de Paris a une population vieillissante dont la dépendance devient de plus en plus importante depuis plusieurs années. Selon l'I.N.S.E.E, d'ici 2020, le nombre de parisiens potentiellement dépendants augmenteraient de 4600.

De plus, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie, les incapacités seraient plus sévères. Le nombre de parisiens dépendants augmenterait de 25% d'ici 2030. Les politiques

publiques menées en direction des personnes âgées favorisent le maintien à domicile le plus longtemps possible. De ce fait, à Paris, l'offre pour personnes âgées dépendantes continue également à se développer autour du maintien à domicile.

En meilleure santé car mieux suivis au cours de leur vie, les parisiens âgés dépendants se maintiennent à domicile le plus longtemps possible entraînant un besoin croissant de la présence d'un aidant (professionnel ou familial) et le développement de services et de soins à domicile. C'était également une volonté du schéma régional 2012-2016 du Département de Paris que de favoriser ce maintien à domicile. Néanmoins, l'isolement des personnes âgées, notamment des femmes, apparaît aujourd'hui comme une préoccupation majeure puisque 174 000 personnes de 60 ans et plus vivent seules, dont les trois quarts sont des femmes. A 75 ans et plus, plus d'un parisien sur deux vit seul.

Les solutions d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

En France, il existe une grande disparité concernant la capacité d'accueil en E.H.P.A.D entre départements. La moyenne nationale est de 102 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus.

A Paris, la distribution territoriale des E.H.P.A.D est inégale : 75 % des places en E.H.P.A.D sont situées dans six arrondissements (12ème, 13ème, 14ème, 15ème, 19ème et 20ème). Trois arrondissements (1er, 8ème et 9ème) ne bénéficient d'aucune solution d'hébergement de proximité. Le prix de l'immobilier dans ces arrondissements et la difficulté de trouver de nouvelles surfaces constructibles ou à rénover expliquent cette carence selon l'Agence Régionale de Santé (A.R.S). Par ailleurs, la capitale est sous dotée en capacité d'accueil. Elle affiche la plus petite capacité d'accueil : 40 places pour 1000 personnes.

Les personnes accueillies en E.H.P.A.D à Paris

L'âge moyen des personnes accueillies dans les établissements parisiens était de 88 ans en 2009, ce qui est supérieur à la moyenne des autres départements d'Ile-de-France. De plus, le Pathos Moyen Pondéré (P.M.P) des établissements parisiens s'élevait à 219 en 2009 alors qu'au niveau national, le P.M.P s'élevait à 168. Ainsi les résidents des E.H.P.A.D parisiens en 2009 étaient des personnes âgées dépendantes voire très dépendantes.

Selon un bilan réalisé par l'A.R.S d'Ile-de-France, 59 % des résidents étaient en G.I.R 1 ou G.I.R 2. Cette évolution résulte des efforts des politiques publiques pour favoriser le maintien à domicile mais on peut supposer également que l'offre est peut-être moins attractive que dans d'autres villes ou régions (peu d'espaces verts par exemple) et plus onéreuse. L'offre est en évolution mais reste inégalement répartie sur le territoire.

A Paris, il y a 62 E.H.P.A.D dont quinze publics et les autres : associatifs, lucratifs privés pour un total de 7000 places.

L'offre de services dans les E.H.P.A.D du C.A.S-V.P

En 2017, l'offre de places en E.H.P.A.D du C.A.S-V.P est de 2216 places dont 1389 à Paris. Conformément à la vocation sociale du CAS-VP, toutes ces places sont habilitées à l'aide sociale. Les personnes âgées, entrées en E.H.P.A.D, viennent des arrondissements les plus peuplés de Paris (15^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème}).

Les « non parisiens » représentent 19 % des entrées, notamment sur les établissements situés en banlieue.

- **Les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes du C.A.S-V.P**

Il existe seize E.H.P.A.D au sein du C.A.S-V.P : onze E.H.P.A.D sont localisés dans Paris (dont un en restructuration jusqu'en 2019), un se trouve dans le département des Hauts de seine (Galignani), deux en Val-De-Marne, un en Seine-Saint Denis et un établissement est situé dans l'Aisne.

Treize de ces E.H.P.A.D possèdent des Unités de Vie Protégées (U.V.P) avec la possibilité d'accueillir au total 441 personnes atteintes de troubles du comportement.

Ces unités ne recouvrent aucune réalité juridique et n'apportent aucun moyen financier supplémentaire mais elles permettent de mieux prendre en soin les résidents par des locaux adaptés et sécurisés.

La carte des E.H.P.A.D du C.A.S-V.P



Il n'existe pas d'Unité d'Hébergement Renforcée (U.H.R) ni de Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (P.A.S.A) à ce jour au C.A.S-V.P. Un projet est néanmoins en cours à l'E.H.P.A.D DEBROUSSE avec une ouverture prévisionnelle de quatorze places d'U.H.R programmée d'ici la fin de l'année 2017.

Il y a donc, au C.A.S-V.P, des ressources qui peuvent être mobilisées pour repenser l'orientation du résident tout au long de son parcours de vie institutionnel, en fonction de l'évolution de ses besoins, vers des E.H.P.A.D correspondants le mieux à sa pathologie.

L'orientation vers un E.H.P.A.D du C.A.S-V.P en particulier est décidée par le résident et/ou de sa famille, la plupart du temps pour une raison de proximité géographique (lieu d'habitation du résident et/ou de ses proches).

Néanmoins, ce choix va parfois à l'encontre des besoins que nécessiterait le résident pour une prise en soin optimale (besoin d'une structure adaptée à sa pathologie).

- **Présentation de l'E.H.P.A.D Galignani**

Son histoire

Il est situé à Neuilly-sur-Seine car les frères Galignani, journalistes et éditeurs, ont légué ce terrain à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Ce n'est que depuis 1972 que sa gestion est dévolue au Bureau d'Aide Sociale devenu Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris.

Sa configuration architecturale

L'E.H.P.A.D est constitué d'un seul bâtiment qui comprend une partie centrale et deux ailes : Est et Ouest. C'est un établissement avec un cachet important mais une forte contrainte architecturale. Ces locaux anciens ne sont plus adaptés aux nouveaux profils accueillis. L'établissement dispose de 114 chambres individuelles réparties sur un rez-de-chaussée (18 chambres) et trois étages (de 30 à 33 chambres/ étage) mais il n'a été possible d'installer des douches que dans une minorité de chambres.

26 résidents sont actuellement atteints de troubles du comportement soit 24% des résidents accueillis à l'E.H.P.A.D Galignani. Cette situation s'explique essentiellement par une aggravation de l'état cognitif de ces personnes au fil des années ou des troubles cognitifs mal évalués lors de la visite de pré-admission. Il y a une augmentation des demandes d'accueil de résidents atteints de troubles du comportement alors qu'il n'y a pas, au sein de l'E.H.P.A.D, d'Unité de Vie Protégée ou adaptée.

Sa mission

Elle est d'accueillir des personnes âgées de 60 ans et plus (sauf dérogation), en perte d'autonomie ou dépendantes, pour les accompagner dans les gestes de la vie quotidienne, tout en préservant leur autonomie.

Les résidents sont, pour une grande majorité, parisiens conformément à la vocation du C.A.S-V.P d'accueillir en priorité les parisiens les plus précaires.

- **Son implantation sur le territoire**

Le département des Hauts-de-Seine compte, en 2014, 1 597 770 habitants. Il est, de toute l'Île-de-France, le département au sein duquel la population dépendante, classée en G.I.R 1 et 2, vivant à domicile est la plus élevée. Il y a 300 000 personnes âgées de 60 ans et plus (20 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer).

Aussi, la problématique du maintien à domicile est prégnante, et ce d'autant plus que 43 % des habitants âgés de plus de 75 ans vivent seuls.

Au niveau du département des Hauts de seine, il y a 111 E.H.P.A.D (20 E.H.P.A.D publics, 32 privés non lucratifs et 59 privés commerciaux).

À l'E.H.P.A.D Galignani, le taux d'occupation est constant depuis de nombreuses années, autour de 98 %. Même s'il reste un établissement prisé par rapport à d'autres E.H.P.A.D du C.A.S-V.P, les candidatures se font moins nombreuses depuis quelques mois, la liste d'attente offre peu de lisibilité à moyen terme et nécessite un effort constant pour maintenir le taux d'occupation.

L'augmentation de l'offre de services sur le territoire proche explique en partie ce constat. L'établissement est malgré tout bien implanté sur le territoire : il correspond à un besoin nécessaire d'accueillir les parisiens de faibles revenus, contrairement à d'autres E.H.P.A.D de proximité : publics ou privés qui n'ont pas vocation à accueillir

100 % des résidents à l'aide sociale mais il évolue parmi un secteur très concurrentiel dans les Hauts-de-Seine.

À Neuilly-sur-Seine, il y a trois E.H.P.A.D publics : l'E.H.P.A.D Galignani, 114 lits, deux autres établissements publics communaux d'une capacité totale de 200 lits (habilités à l'aide sociale) ainsi qu'un nouvel E.H.P.A.D privé commercial de 125 lits (non habilité à l'aide sociale).

Le schéma départemental des Hauts-de-Seine 2014-2018 intitulé « Soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » comprend trois axes : simplifier les parcours de vie des personnes, améliorer la qualité de l'offre de services et contribuer à l'épanouissement des personnes dans leur environnement.

Ces axes sont développés en plusieurs orientations stratégiques elles-mêmes déclinées en fiches-actions.

Ce schéma exprime la volonté, en ce qui concerne les personnes âgées, de valoriser les savoir-faire pour favoriser l'autonomie, en améliorant la pertinence et l'efficacité des

dispositifs et des accompagnements. Il insiste également sur la nécessité de favoriser les coopérations, les mutualisations et les complémentarités entre établissements.

Je suis consciente que mes contacts avec les autres E.H.P.A.D de proximité, publics ou privés, doivent encore se développer dans une logique d'ouverture sur le territoire que mon rôle de directrice m'amène à conduire.

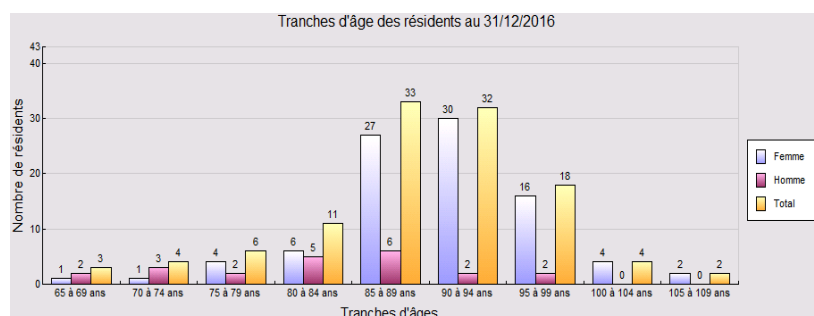
- **L'offre de service de l'E.H.P.A.D Galignani**

- **Le profil des résidents et les pathologies rencontrées**

À l'E.H.P.A.D Galignani, comme dans tous les E.H.P.A.D, nous accueillons des personnes âgées de 60 ans et plus (sauf dérogation) en perte d'autonomie, dont le maintien à domicile est devenu impossible malgré des aides comme le portage des repas, la présence d'une aide-ménagère, les soins infirmiers et d'hygiène.

L'âge moyen des résidents est, en 2016, de 89 ans et dix mois. Il est en augmentation croissant depuis plusieurs années.

La répartition par tranches d'âge en nombre de résidents est la suivante :



Nous constatons que les admissions des personnes âgées sont de plus en plus tardives avec une augmentation importante de la dépendance et des maladies de type Alzheimer ou autres démences, dans un contexte de grand âge.

Le G.I.R Moyen Pondéré (G.M.P) traduit le niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement. Au 19/10/2016, il est de **810.27**.

Répartition du G.I.R à l'E.H.P.A.D Galignani au 19/10/2016

	Cotations GIR	Valorisation en points GIR	Nombre de résidents	Total en points GIR	% production points GIR
GIR 1	1	1000	27	27000	29.49%
GIR 2	0.84	840	58	48720	53.21%
GIR 3	0.66	660	17	11220	12.25%

GIR 4	0.42	420	11	4620	5.05%
			113	91560	100%

Les résidents en G.I.R 1 et 2 représentent 82 % des résidents de l'E.H.P.A.D. 27
résidents sont G.I.R 1 et 58 sont G.I.R 2. Il n'y a pas de G.I.R 5 et 6. Le Pathos Moyen
Pondéré (P.M.P), réalisé en janvier 2016, a été évalué à 198 (192 à la précédente coupe).
Le nombre de Soins Médicaux et Techniques Importants (S.M.T.I) est de douze. Cette
augmentation de la dépendance a des conséquences importantes pour le fonctionnement de
l'E.H.P.A.D, sur la prise en soin et l'accompagnement des personnes accueillies.
L'E.H.P.A.D Galignani est de plus en plus confronté à des personnes âgées atteintes de
troubles du comportement, à des degrés variables, qui côtoient quotidiennement des
résidents dont la dépendance est essentiellement physique, avec des capacités cognitives
préservées.

Vingt-six résidents souffrent de troubles du comportement sévères tels de l'agressivité
physique ou verbale, une désinhibition ou une déambulation excessive.

Il n'y a pas à ce jour d'unité protégée et les résidents sont accueillis sur un des quatre étages
de l'établissement, au fur et à mesure des chambres qui se libèrent, indépendamment de
leurs pathologies et/ou leur dépendance. Même lors de la visite de préadmission, ces profils
sont difficiles à déceler, malgré notre vigilance.

Par ailleurs, les accompagnants présents lors de cette visite n'évoquent pas toujours ou
sous-estiment les troubles présentés par le futur résident, de peur d'un refus d'admission.

Les préoccupations médicales et motifs de consultations sont, en premier lieu, les
pathologies démentielles et les troubles psycho-comportementaux associés, avec leurs
conséquences sur l'état général, somatique et sur les risques multiples (nutritionnels,
traumatologiques, sociaux...). Ces profils doivent faire l'objet d'une évaluation médicale
régulière et requièrent beaucoup de temps médical en accompagnement des familles, en
soutien et formation auprès des aidants et soignants.

Les pathologies cardiologiques viennent en second plan : 65% des résidents ont au moins
une pathologie cardiovasculaire, 38 % souffrent de deux pathologies cardio-vasculaires et 15
personnes sont sous traitement anticoagulant. Enfin, les troubles psychiques dépressifs, les
pathologies psychiatriques de la sénescence ou associées à la démence, les psychoses et
états confusionnels concernent 42 % des résidents.

Cette importante mixité médicale s'accompagne d'une grande mixité sociale puisque 47
résidents relèvent de l'aide sociale et 67 sont dits « payants ». En effet, bien que les
E.H.P.A.D du C.A.S-V.P aient pour vocation d'accueillir des parisiens principalement à l'aide
sociale, l'E.H.P.A.D Galignani est situé à Neuilly-sur-Seine. De ce fait, l'établissement
accueille donc aussi bien des parisiens qui habitaient le 17^{ème} arrondissement et Neuilly-sur-

Seine (par dérogation) que des parisiens issus d'arrondissements dits plus « populaires » et voire des personnes sans domicile fixe.

Cette double mixité, médicale et sociale, rend complexe la cohabitation et la réponse aux besoins et attentes de ces résidents aux profils parfois très différents.

Des changements sont donc à mener urgemment et à long terme pour prendre en compte cette complexité, réaliser un accompagnement personnalisé et adapté, dans un souci de bienveillance qui correspond aux valeurs que j'impulse dans l'établissement que je dirige. Des situations concrètes décrivent d'ailleurs parfaitement nos difficultés quotidiennes. Ce constat réinterroge le projet d'établissement dans son ensemble intégrant les projets de vie, d'animation, de soins : consentement aux soins difficile à obtenir, échec de certaines prises en soin malgré de nombreuses thérapies, problèmes de cohabitation avec les résidents aux capacités cognitives préservées, activités à adapter en fonction de la spécificité des pathologies, besoins de déambulation difficiles à encadrer par les professionnels.

Ces changements devront s'accompagner d'une démarche managériale centrée sur la bienveillance, dans un souci d'accompagnement des équipes, des résidents et des familles. Cette évolution devra également s'adapter à ces changements par une réorganisation du travail et des moyens. L'orientation des résidents devra être repensée en fonction des spécificités des E.H.P.A.D du C.A.S-V.P (existence d'unités dédiées à la prise en soin des troubles cognitifs), des pathologies des personnes accueillies et des contraintes architecturales.

- **L'évolution des besoins de la population accueillie**

Je souhaite présenter trois exemples qui permettent d'illustrer les difficultés actuelles de prises en soin et d'accompagnement que nous rencontrons avec des résidents atteints de troubles cognitifs.

Le cas de Mme D.

« Mme D... dort une partie de la journée. Elle devient très angoissée après le repas du soir. La nuit, elle déambule dans les couloirs en criant « au secours, à l'aide », entre dans les autres chambres, réveillant et inquiétant les résidents qu'elle visite sans but. Elle évolue souvent à quatre pattes dans les couloirs. Cette scène, devenue si habituelle pour les soignants, finirait presque par ne plus les toucher d'autant qu'elle se rejette à terre à la moindre occasion, à peine relevée par les professionnels démunis et un peu résignés, au mépris de sa dignité. Elle est persuadée que quelqu'un veut la tuer. Tantôt, du fond de sa démence dite à corps de Levy, il s'agirait de son médecin traitant, tantôt d'une personne que nous ne parvenons pas à identifier. Je peux voir sa détresse déformer son visage : mon

logement de fonction est situé au même étage que sa chambre. Elle s'allonge sur mon paillason puisqu'en qualité de personne représentant l'autorité, je suis protectrice. Toute tentative pour lui dire qu'elle ne risque rien est vaine. Elle vit réellement ce qu'elle ressent et réciproquement. Cette situation récurrente m'a conduit à installer une banquette lit à proximité de mon logement de fonction, ce qui permet à cette dame de pouvoir s'y allonger. Lorsqu'elle finit par s'endormir, il ne me reste plus qu'à la recouvrir délicatement en prenant soin de ne surtout pas la réveiller.

Mes nuits sont parfois très courtes car les dérangements nocturnes sont quasi quotidiens entre cris et tapage à la porte en pleine nuit. Ce manque de sommeil impacte forcément ma propre vie, voire celle de mon entourage. Le précédent directeur a également fait les frais de ce poste logé : intrusions dans l'appartement, nuisances sonores jour et nuit qui l'ont conduit à déménager dans un logement privé.

Mme D... a fait l'objet de plusieurs staffs pluridisciplinaires animés par le médecin coordonnateur, d'essais de thérapies médicamenteuses respectant les bonnes pratiques médicales, de consultations par le psychiatre de l'Unité Mobile de Psychiatrie du C.A.S-V.P, de visites quotidiennes de notre psychologue.

Même les différentes techniques de relaxation, la musicothérapie, les touchers-massages semblent peu influencer sur ses troubles du comportement.

Les solutions sont donc à ce jour des compromis assortis de choix de direction dont j'ai conscience des limites.

Le cas de Mme B.

« Mme B....., agrippe toutes les personnes qu'elle croise, répétant inlassablement « na, na, na », risquant à tout moment de se faire bousculer par des résidents agacés d'être constamment touchés et sollicités sans réel motif. Cette même résidente de 90 ans perturbe les activités d'animation, au point de ne plus s'arrêter de marcher, même pour manger. En une fraction de seconde, sans la surveillance permanente des soignants, elle peut se retrouver dans le parc de l'établissement, en chemise de nuit et pieds nus, risquant l'hypothermie. Cette déambulation inquiète les soignants qui engagent fortement leur responsabilité pour garantir quotidiennement sa sécurité. La décision pluridisciplinaire, prise en concertation avec son fils, a été de laisser la résidente aller et venir à sa guise, après évaluation du bénéfice/risque, de fractionner ses repas plusieurs fois par jour et de laisser de la nourriture toujours à sa disposition. Les portes permettant d'accéder au parc sont désormais, sur ma demande, munies d'un digicode.

Pour autant, ces solutions ne sont pas pleinement satisfaisantes car le personnel est constamment mobilisé pour la surveiller partout dans l'établissement et lui éviter tout risque d'agression de la part d'autres résidents, sans avoir la satisfaction d'une prise en charge adaptée.

Le cas de Mme L.

« Mme L.... revit le traumatisme de la guerre et vit recluse dans sa chambre, fuit tout contact, même avec sa fille unique qu'elle ne reconnaît plus. Elle s'enferme et regarde constamment par la fenêtre. La terreur se lit sur son visage dès l'arrivée d'une ambulance dans le parc. Elle a peur que l'on vienne la chercher. Elle s'alimente peu car elle pense que sa nourriture est empoisonnée. Le personnel privilégie donc les aliments sous opercule et met du film alimentaire sur son plat. Quelquefois, cette stratégie fonctionne mais pas toujours. Le personnel est donc obligé de s'adapter au jour le jour et se relaie pour pouvoir « souffler ». Il n'est pas question, pour elle, de prendre une douche probablement parce que ce soin lui rappelle de mauvais souvenirs. Elle est en situation d'incurie et tout acte pour y remédier est vécu comme une violence extrême. La résidente vit essentiellement dans sa chambre qu'il est rarement possible de nettoyer, au risque de la mettre en forte détresse, avec l'odeur nauséabonde de son linge sale stagnant dans la corbeille de linge de la salle de bains. Les professionnels utilisent toutes les stratégies possibles pour proposer à Mme L. de sortir de sa chambre (visite médicale, RDV avec la coiffeuse, propositions de promenade). Néanmoins, ils ont un sentiment d'échec et de travail mal fait, et sa fille est mécontente de sa prise en soin d'autant qu'elle est dans le déni de l'état de santé psychique de sa mère.

Du fond de sa paranoïa, se sentant constamment menacée, Mme L.. injurie et frappe les soignants. Elle met médecins et psychologue à la porte avec virulence.

Les tentatives d'approches se terminent trop souvent par une agression verbale ou physique à l'égard des soignants. Plusieurs soignantes ont été blessées : une infirmière de nuit a reçu un coup de poing dans l'œil, une aide-soignante a eu un grain de beauté arraché à mains nues, une autre, des points de suture au niveau de l'arcade sourcilière avec ses lunettes de vue cassées. Cette situation pose clairement le problème de la souffrance au travail. Devant un tel tourment et après de nombreuses thérapies infructueuses, la mise en place d'un séjour de répit, en unité géro-psycho-geriatrique, difficilement obtenue, permettra d'évaluer son état psychiatrique et d'adapter la thérapie. Les médecins sont très impliqués, à l'écoute et au clair sur les bonnes pratiques en matière d'utilisation des anxiolytiques et neuroleptiques chez la personne âgée. Ils sont eux-aussi démunis face à ces troubles du comportement et doivent faire face à un questionnement éthique : être dans les bonnes pratiques médicales en étant dans le « juste » dosage médicamenteux au risque d'être inefficace ou « sédatif » ces résidents avec tous les risques que cela comporte (chutes, somnolence). Les médecins ont choisi la première solution. **De ce fait, ces médicaments sont utilisés avec beaucoup de précautions et à des dosages adaptés mais les conséquences restent très lourdes pour l'institution et le personnel.**

Ces exemples montrent bien la complexité de la situation et les nombreux enjeux portant sur la qualité de prise en soin, les conditions de travail du personnel avec le risque d'agressions

et de souffrance au travail, la protection des résidents et du personnel et plus largement la question de la bientraitance. Ils illustrent nos difficultés quotidiennes et nos besoins pour accompagner les résidents atteints de troubles du comportement.

- Pour les résidents atteints de troubles du comportement : une atteinte à leur dignité lors de désinhibitions, une prise en soin inadaptée, un risque d'agression physique ou verbale, une mise en danger potentielle (risque de dénutrition sévère, de sorties inopinées et/ ou de chutes liées à des déambulations excessives) sans compter la détresse de ces résidents perdus dans de longs couloirs et dont l'accompagnement ne peut pas être optimal dans ce contexte. À cela s'ajoutent une angoisse et une souffrance psychique.

- Pour les professionnels : le sentiment d'impuissance, la frustration et la sensation partagée de l'équipe pluridisciplinaire de ne pas suffisamment prendre soin ces résidents atteints de troubles du comportement faute de temps, d'une organisation spécifique et de locaux adaptés, des accusations de la part des familles lorsque des objets sont cassés ou disparaissent de la chambre, des besoins de formation, par exemple, à la prise en soin de résidents atteints de troubles du comportement pour une nécessaire montée en compétence.

Par ailleurs, les résidents aux capacités cognitives conservées expriment du mécontentement, de l'inquiétude voir de la peur lorsqu'ils entendent des cris, reçoivent les visites intempestives d'autres résidents, de jour comme de nuit, avec emprunt ou détérioration de leurs objets personnels auxquels ils tiennent particulièrement, sans compter un risque d'agression physique ou verbale, des propos et/ou des comportements inadaptés. Ils se plaignent également du peu de sérénité et du bruit dans les parties communes (salle à manger, cafétéria,...).

À cette cohabitation entre des résidents atteints de troubles du comportement et ceux aux capacités cognitives conservées, s'ajoute également celle liée à une forte disparité sociale entre les personnes accueillies, des catégories aisées à celles en grande précarité, après parfois un passé dans la rue.

Actuellement, la prise en charge des résidents est standardisée et ne répond pas à tous les besoins individualisés, compte tenu de la diversité des profils accueillis.

Malgré la recherche de toutes les solutions possibles, avec concertation de l'équipe pluridisciplinaire, je me heurte à de fortes limites institutionnelles, avec une faible marge de manœuvre pour trouver, à l'heure d'aujourd'hui, des solutions adaptées.

Ce constat est confirmé par l'étude des différents indicateurs : les enquêtes de satisfaction à destination des résidents et des familles, les plaintes et réclamations des familles et l'analyse des fiches d'évènements indésirables 2014 et 2015.

Cette étude a mis en évidence un nombre important de plaintes récurrentes sur ces deux années essentiellement dues à un problème important de cohabitation entre résidents, lié essentiellement aux troubles cognitifs importants de certains résidents.

- Pour la direction : une marge de manœuvre très limitée, peu d'autonomie dans les prises de décision, une forte limite institutionnelle, la gestion des plaintes

- Pour les familles : le mécontentement, un sentiment d'insécurité pour leurs proches, une perte de confiance envers l'institution. Tout cela se traduit par des plaintes et des réclamations.

Ce travail de distanciation, dans la démarche mémoire, avec un diagnostic posé, global, me fait mesurer combien et en quoi ma mission de directrice qui est, avant tout, d'assurer la sécurité des résidents et des professionnels doit rapidement envisager un accompagnement plus adapté des résidents atteints de troubles du comportement par un travail coopératif et la préparation du nouveau projet d'établissement 2019-2023 tenant compte de cette évolution. En effet, ces résidents troublent bien involontairement la quiétude de l'établissement. Ils génèrent des conflits importants pouvant aller jusqu'à de la violence physique d'où une mise en danger. Ils sont très chronophages pour les professionnels qui risquent un épuisement professionnel d'autant que les locaux ne sont pas adaptés, qu'il faut les chercher un peu partout dans une structure très étendue (pas d'unité de vie protégée, risque potentiel de sorties inopinées) et qu'une orientation vers une structure plus adaptée n'est pas possible massivement. Durant ces deux dernières années, cinq accidents de travail ont été liés au comportement agressif de certains résidents (lunettes cassées, points de suture, grain de beauté arraché, coups). Une infirmière de nuit a dû être hospitalisée et des familles peuvent être insultées voire frappées. Ces comportements génèrent un sentiment d'insécurité et sont à l'origine de plaintes des familles. Ces résidents "perturbateurs" sont en souffrance car repoussés par les résidents et certaines familles, perdus dans ces longs couloirs angoissants lorsqu'il y a désorientation temporo-spatiale. Ils sont insuffisamment accompagnés dans cet E.H.P.A.D "classique" avec la difficulté de la configuration architecturale qui peut les mettre en danger.

Pour mener à bien ce projet transversal, des leviers importants sont le soutien de ma hiérarchie, les orientations de l'A.R.S pour développer les U.H.R et P.A.S.A au sein des

E.H.P.A.D du C.A.S-V.P, la nécessité du département Ile-de-France de répondre à de nouveaux besoins émergeant.

- **Une adaptation nécessaire pour un accompagnement diversifié des résidents**
- **Le cadre institutionnel**
- **De nombreuses contraintes**

Des contraintes architecturales

Elles impactent fortement sur la prise en soin et l'accompagnement des résidents.

Par exemple, la configuration architecturale rend très difficile l'installation de douches dans les salles d'eau des chambres. Seules 36 chambres sur 114 sont équipées de douches individuelles. Cette contrainte impacte au quotidien sur l'organisation des soignants, au moment des toilettes, puisqu'il n'y a que deux salles d'eau communes par étage pour une moyenne de 30 résidents. Ce grand bâtiment en forme de U, avec deux ailes opposées réunies par un couloir central, rend difficile l'organisation du travail des soignants qui privilégient souvent le travail seul, par secteur. De même, les locaux ne permettent pas d'envisager la création d'une unité dédiée pour les résidents atteints de troubles du comportement. Malgré de nombreux travaux engagés pour limiter les risques de sorties inopinées (pose de digicodes, portes d'entrée équipées d'une horloge et d'un code), certaines sorties restent insuffisamment sécurisées tel l'accès aux escaliers monumentaux, en raison des contraintes liées à la sécurité incendie. L'établissement n'est donc pas en capacité d'accueillir des résidents à risque de sorties inopinées d'autant que l'accueil a une amplitude horaire maximale de 7H à 18H. Par ailleurs, la structure n'a pas encore fait l'objet de travaux pour être accessible aux personnes à mobilité réduite (pente, marches et gravillons pour accéder à l'établissement).

Des contraintes financières

Les E.H.P.A.D du C.A.S-V.P sont déficitaires sur le volet « soins ». Ce déficit pèse fortement sur les E.H.P.A.D et sur le C.A.S-V.P. Le tarif « soins » couvre en grande majorité les rémunérations des personnels médicaux et paramédicaux. Pour un retour à l'équilibre budgétaire, le directeur d'E.H.P.A.D doit donc faire des choix et des propositions à la S.D.S.P.A dans le but de diminuer les effectifs soignants. Ces efforts sont nécessaires pour assurer la pérennité des établissements mais nécessitent une réorganisation des soins et un accompagnement des équipes.

Des contraintes statutaires

Elles sont liées au statut de fonction publique territoriale et seront abordées ci-dessous.

Des contraintes organisationnelles

Un protocole d'accord-cadre relatif à l'aménagement/réduction du temps de travail et à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail des agents du C.A.S-V.P, élaboré en 2001, est extrêmement contraignant. Il ne permet pas de réformer en profondeur les organisations de travail au plus près des besoins des résidents.

En effet, les salariés ne travaillent que sur le cycle du matin, de l'après-midi ou de la nuit. Les roulements de travail et les horaires sont déterminés dès la prise de fonction dans l'établissement et ne peuvent pas être modifiés, sauf à l'initiative du salarié, y compris pour assurer la continuité de service.

Ces contraintes sont, pour la plupart, celles de la fonction publique territoriale. Appréhendées, elles ne m'empêchent pas de mener à bien mon projet.

• **Le cadre de l'autonomie et de la prise de décision du directeur**

Aujourd'hui, l'E.H.P.A.D que je dirige est une institution qui, comme nombre d'autres E.H.P.A.D quels que soient leurs statuts, doit faire évoluer le décalage entre les valeurs qu'elle porte et doit porter, qu'elle affiche publiquement et les pratiques qui peuvent être empreintes de risques de maltraitance, en corrélation avec la souffrance des salariés.

Pour cela, il est important de préciser l'enjeu relatif à la responsabilité et l'autonomie de décision et d'action dont dispose un directeur d'E.H.P.A.D au C.A.S-V.P.

Je bénéficie de tous les services supports liés à l'appartenance au C.A.S-V.P mais aussi de par le statut de fonction publique territoriale, ce qui est un avantage mais entraîne aussi des limites d'autonomie. Ainsi, cette limite d'autonomie s'exerce, par exemple, au niveau de la gestion financière puisque les budgets sont élaborés par un service support.

En ce qui concerne mon sujet, elle est particulièrement prégnante au niveau des ressources humaines : le directeur n'a pas une entière autonomie sur le recrutement des salariés : des mouvements internes, des retours de mobilité conduisent la hiérarchie, par l'intermédiaire du service des ressources humaines du C.A.S-V.P, à imposer des professionnels aux directeurs qui n'ont pas de pouvoir décisionnaire pour les refuser.

Malgré une argumentation étayée, certains salariés me sont parfois imposés par ma hiérarchie. Dans ce cas, il m'appartient de mettre tout en œuvre pour accompagner et faire monter en compétence ces professionnels.

De même, dans le domaine disciplinaire, le choix du type de sanction est proposé par le directeur mais reste à l'appréciation de la hiérarchie.

Dans certaines situations où une personne âgée a pu être exposée à une situation maltraitante, la sanction est, à mon sens, souvent sous-évaluée : rares sont les cas où nous dépassons la sanction disciplinaire du blâme.

Il est rare que des agents soient révoqués, compte tenu du statut de fonctionnaire territorial qui protège les salariés.

En matière de choix des équipements aussi, les contraintes des marchés publics nous conduisent parfois à choisir du matériel qui ne correspond pas pleinement à nos besoins sans qu'il ne soit possible d'acheter ce qui nous conviendrait davantage.

En résumé, le poste de directeur d'E.H.P.A.D, dans ce cadre institutionnel, souffre fortement d'un manque d'autonomie sur des décisions de fond, en particulier concernant la qualité de vie des résidents et les compétences nécessaires pour les servir. Je mets en comparaison cela avec d'autres métiers d'encadrement représentés dans la fonction publique, comme les chefs d'établissement, proviseurs, qui n'ont pas toute latitude pour recruter leurs enseignants, mais surtout pour avoir une autorité de fonction par rapport à ce qu'ils peuvent estimer être des comportements déviants.

C'est donc le cas pour cet E.H.P.A.D où malgré mon insistance argumentée, je me vois parfois imposer un personnel qui n'a pas pour vocation de travailler auprès des personnes âgées.

Michel CROZIER a parfaitement décrit le climat routinier, empreint de rigidité et de contrainte, qui caractérise certaines organisations : *« Aucune organisation en effet n'a jamais pu et ne pourra jamais fonctionner comme une machine. Son rendement dépend de la capacité de l'ensemble humain qu'elle constitue à coordonner ses activités de façon rationnelle. Cette capacité dépend à son tour des développements techniques mais aussi et parfois surtout de la façon dont les hommes sont capables de jouer entre eux le jeu de la coopération »*.

Pour moi, prendre la mesure du cadre institutionnel parfois très contraignant ne signifie pas de céder à la lamentation ou la démotivation mais, au contraire, de m'appuyer sur les nombreux avantages qu'offre ce statut.

- **Des atouts et des ressources au service du personnel et des résidents**

Un soutien de la Sous-Direction des Services aux Personnes Âgées (S.D.S.P.A)

La S.D.S.P.A a la volonté d'évoluer et de s'adapter aux nouveaux besoins des personnes accueillies dans les E.H.P.A.D du C.A.S-V.P. Elle est partie prenante pour apporter un soutien aux directeurs d'E.H.P.A.D dans leurs projets afin d'optimiser la qualité de prise en soin et développer les actions innovantes au service des résidents.

Le sous-directeur des services aux personnes âgées et le chef de service des E.H.P.A.D soutiennent mon projet et sont à l'écoute des problématiques des directeurs.

Des E.H.P.A.D aux orientations parfois différentes au sein du C.A.S-V.P : une mutualisation possible

De nombreux E.H.P.A.D possèdent des Unités de Vie Protégée avec, pour certains, des projets d'ouverture d'une U.H.R. ou de P.A.S.A. Il y a donc des ressources importantes, en interne, pour repenser l'orientation du résident tout au long de son parcours de vie institutionnel, en fonction de l'évolution de ses besoins, vers des établissements adaptés à sa pathologie.

Un budget annuel « confortable » consacré à la formation

Même si le plan de formation doit être repensé dans son contenu, avec plus de projections et de manière pluriannuelle, son budget de 39 000 euros par an permet de réaliser de nombreuses formations individuelles ou collectives, ainsi que des formations diplômantes (Diplômes Universitaires, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Aides-Soignantes, etc.).

Actuellement, le professionnel émet, à l'occasion de son entretien professionnel annuel, des souhaits de formation qui nécessitent une validation de la direction pour être ajoutée au plan de formation. A ces formations demandées s'ajoutent les formations initiées par la direction pour répondre aux orientations du projet d'établissement.

Néanmoins, peu de professionnels peuvent être formés par établissement en raison des places limitées, à répartir entre les professionnels des seize E.H.P.A.D.

Des médecins salariés impliqués dans l'accompagnement et la qualité des soins

La présence médicale est importante puisque un médecin coordonnateur encadre trois médecins salariés. Il y a une présence médicale le matin et l'après-midi, du lundi au vendredi et des astreintes tous les jours (en dehors des temps de présence) et le week-end. Le

médecin coordonnateur est très impliqué dans les projets institutionnels et participe à plusieurs réunions institutionnelles.

Il réalise des formations internes, anime un staff chaque semaine et participe à l'élaboration des projets personnalisés. Tous les médecins sont à l'écoute des problématiques des soignants, même s'ils sont parfois démunis devant certains troubles du comportement des résidents.

Ils sont partagés entre la mise en œuvre des bonnes pratiques médicales et la recherche de solutions alternatives pour assurer la sécurité et le bien-être du résident lui-même, des autres résidents et répondre aux demandes des professionnels.

La mise en place de la télémédecine

Elle a été installée en 2015 dans tous les E.H.P.A.D du C.A.S-V.P mais des problèmes techniques ont retardé sa mise en œuvre. Aucun acte de télémédecine n'a pu être réalisé à l'E.H.P.A.D Galignani.

L'existence d'un comité de direction qui vit et évolue à Galignani

Il fonctionne et vit avec la participation de chaque chef de service, selon des thématiques différentes. J'anime un comité de direction chaque mois mais la parole est donnée à tous les chefs de service qui peuvent à leur tour l'animer. Il peut s'agir du chef restauration qui aborde, par exemple, le respect des régimes alimentaires, les commissions de menus, du responsable animation qui parle des projets de son équipe pour réaliser des animations dans les étages ciblées pour les résidents atteints de troubles cognitifs (ludothérapie, musicothérapie,...).

Un taux d'encadrement plus important que la moyenne nationale

À l'E.H.P.A.D Galignani, le ratio d'encadrement est de 0,93 Équivalent Temps Plein (E.T.P) par résident. Même s'il n'existe pas de « ratio » formalisé au niveau des effectifs en E.H.P.A.D, il est supérieur à la moyenne nationale de 0.69 pour les E.H.P.A.D publics. Il tient compte, jusqu'à présent, de la configuration architecturale étendue et atypique de l'établissement. Il est également au-dessus des autres E.H.P.A.D du C.A.S-V.P. Il me paraît cependant important de relativiser ce ratio par rapport à la moyenne nationale en raison du nombre conséquent de congés lié au protocole d'accord- cadre : 32 ou 33 congés annuels pour les mères de famille, 25 R.T.T, 11 repos fériés par an.

Un temps de psychologue des résidents et du personnel

Deux psychologues travaillent à mi-temps au sein de l'établissement. La psychologue du personnel a un rôle d'écoute et de conseil et intervient spécifiquement auprès des salariés. Elle participe aux groupes de travail, réalise des groupes de parole chaque mois sur des thématiques différentes, à la demande du personnel ou de l'encadrement des soins (opposition aux soins, agressivité des résidents,...).

La psychologue des résidents intervient en soutien auprès des résidents, réalise des bilans cognitifs et anime des ateliers mémoire.

La prise en compte des risques psychosociaux

Il existe une volonté de ma part de prendre en compte et prévenir les risques psychosociaux, bien consciente de la charge morale et physique des salariés.

Pour cela, des groupes de parole sont organisés chaque mois par la psychologue. Cette dernière, à mi-temps, est à la disposition du personnel. Des formations sur site telles la gestion des conflits, la gestion du stress sont organisées régulièrement par des intervenants extérieurs mais aussi par le médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice ou par mes soins. En l'absence du cadre supérieur de santé, l'infirmière coordonnatrice a suspendu, depuis quelques mois, les réunions d'étage organisées chaque semaine entre l'équipe du matin et d'après-midi. Ces réunions permettaient de libérer la parole aux salariés, une cohésion de prise en soin et d'équipe. Des staffs pluridisciplinaires sont également animés par le médecin coordonnateur chaque mardi afin de permettre au personnel de s'exprimer sur la prise en charge des résidents.

- **L'accompagnement et la prise en soin des personnes accueillies**

- **La mixité sociale et médicale : un atout et une gestion quotidienne difficile**

Il existe, au sein de l'établissement, une grande mixité médicale avec une cohabitation entre des résidents atteints de troubles du comportement et celles aux capacités cognitives conservées. Cette double mixité est à la fois une force, portée par le service public, mais aussi une contrainte.

En qualité de directrice, il m'appartient d'améliorer à la fois l'accompagnement des résidents dans son ensemble et en particulier ceux atteints de troubles cognitifs et du comportement, et l'équipe pluridisciplinaire dans une montée en compétences, une qualité de travail et un travail coopératif. Vingt-six personnes souffrant de troubles du comportement ne sont pas

suffisamment prises en soin, faute d'un accompagnement spécifique, de structure adaptée et de personnel suffisamment qualifié.

Une évolution est nécessaire pour garantir à tous les résidents, quelles que soient leurs capacités cognitives, un accompagnement bientraitant dans une volonté affirmée de rétablir un climat serein et apaisé et garantir la sécurité dans l'établissement. Ce changement va également impacter l'équipe pluridisciplinaire, renforcer ses compétences et le travail en coopération, tant en interne qu'à l'externe.

- **Une organisation qui doit mieux différencier les prises en soin**

L'accompagnement et l'organisation des soins sont actuellement très standardisés même si, au quotidien, les soignants généralement prennent en compte les souhaits et habitudes de vie des résidents.

Trois équipes assurent la continuité des soins : matin, après-midi et nuit. Le matin, il y a quatre soignant(e)s par étage pour 30 à 33 résidents et deux au rez-de-chaussée pour 18 résidents. L'après-midi, trois soignant(e)s assurent la prise en soin aux étages et deux sont au rez-de-chaussée. À ce jour, il y a deux infirmières le matin, deux l'après-midi et une la nuit. La nuit, l'organisation des soins est également sectorisée par étage avec une infirmière et deux ou trois aide-soignant(e)s. Il y a du personnel soignant dit « fixe », référent sur un étage en particulier et du personnel « volant » qui travaille dans les différents étages, d'une semaine à l'autre. Le choix d'être affecté spécifiquement à un étage ou non est décidé par l'encadrement des soins tenant compte généralement des souhaits des professionnels. La répartition des soignant(e)s se fait dès leur prise de poste, en consultant dès leur arrivée, au poste de soins, un document appelé journalier qui répartit les agents dans les services. Dès leur affectation dans les étages, les professionnels se sectorisent. Sur les trois étages de 30 à 33 chambres, ils se répartissent les prises en soin entre le couloir central, le couloir Est et le couloir Ouest. Cette organisation ne favorise pas l'entraide entre collègues même s'ils doivent parfois, malgré le matériel à disposition (verticalisateurs et lève-malades), mobiliser un résident à deux. Elle ne favorise pas non plus l'adaptation au rythme de vie des résidents puisqu'ils commencent, pour certains, de la première à la dernière chambre de leur secteur en longeant le couloir. Difficile alors de prendre en compte les rythmes de sommeil entre un résident qui souhaite dormir le plus longtemps possible le matin ou au contraire, se lever tôt. Les souhaits émis par le résident lors de l'élaboration de son projet personnalisé sont pris en compte mais trop souvent, l'organisation en place prend le pas sur la prise en charge individualisée. Par exemple, certains résidents aux capacités cognitives préservées demandent à ne pas être dérangés la nuit mais il n'est pas rare que l'équipe de nuit fasse plusieurs passages.

Mon constat est que le résident doit trop souvent s'adapter à l'organisation du service alors que ce devrait être l'inverse. Un travail de fond, en équipe pluridisciplinaire, est donc à mener. De ce fait, cette organisation questionne aussi sur le respect des droits et libertés du résident, notamment sur la liberté d'aller et venir.

- **Un dilemme entre respect des droits et libertés et sécurité/ bien-être**

L'E.H.P.A.D Galignani n'est pas conçu, d'un point de vue architectural, pour accueillir des résidents à risque de sorties inopinées.

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 redéfinissant l'action sociale et médico-sociale se positionne au niveau des droits fondamentaux qui engagent une conception de l'homme dans la société. L'article L.116-2 de cette loi précise : « *L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux* ». Il doit garantir deux autres droits fondamentaux :

- La sécurité des résidents : droit fondamental présent à la fois dans la Loi du 2 janvier 2002, article 311, mais aussi dans le Code de l'Action Sociale et des Familles.

- Le respect de l'intégrité et de l'autonomie du résident : ce 3^{ème} droit fondamental de la personne. Une évolution législative vers le respect de l'autonomie du patient comme principe fondamental, notamment avec la loi KOUCHNER du 4 mars 2002 sur le droit des patients. La question de la liberté d'aller et venir n'a pas manqué d'interroger chaque soignant dans sa pratique, à un moment ou à un autre. Les situations sont nombreuses qui confrontent notre position de professionnel à cette dimension de la liberté.

La problématique est de réussir à concilier des principes apparemment opposés : respecter la liberté et assurer la sécurité/ le respect de l'intégrité et de l'autonomie du résident. Tout l'enjeu pour les E.H.P.A.D est de maîtriser les déplacements de leurs résidents atteints de troubles cognitifs sans pour autant les priver de leur liberté de mouvement ou appliquer des procédures de contention physique ou chimique dangereuses, irrespectueuses de la dignité des résidents et des bonnes pratiques en E.H.P.A.D. Le respect des droits fondamentaux des résidents, dont la liberté d'aller et venir, est un véritable dilemme pour le directeur d'E.H.P.A.D et j'y suis confrontée régulièrement.

Ce débat est permanent et nécessaire sur la notion de « risques » afin que les structures restent des lieux de vie. En effet, comment concilier le droit d'aller et venir des résidents en E.H.P.A.D et l'obligation d'assurer leur sécurité ?

Entre précaution, prévention et ouverture, le sujet interpelle au quotidien la directrice que je suis et l'équipe pluridisciplinaire. La loi française n'a prévu aucun dispositif juridique encadrant la prise en charge des personnes aux facultés cognitives altérées par un établissement d'hébergement. Mais peut-on, pour autant, parler de vide juridique ? L'A.N.E.S.M propose de prendre en compte l'équilibre nécessaire entre les obligations de sécurité et le respect de la liberté des résidents et préconise de nombreuses recommandations et alternatives.

L'existence de ces deux injonctions paradoxales que sont la liberté d'aller et venir et la sécurité des résidents ne doit pas m'empêcher, en qualité de directrice, de concilier au mieux ces deux contraintes même si, dans certaines pathologies, la liberté est parfois contraire à la sécurité et réciproquement. Je dispose d'outils importants tels le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, le dossier informatisé du résident et notamment le projet personnalisé, les procédures et protocoles, les staffs en équipe pluridisciplinaire, la formation des professionnels. La pratique formalisée de la notion « bénéfico-risque » permet également un regard croisé salutaire pour tous, dans la compréhension des contextes, des exigences et dans l'adhésion des équipes. Il n'y a pas une bonne solution mais des solutions alternatives qu'il faudra réévaluer en équipe en permanence. La traçabilité quotidienne, l'accompagnement et la recherche systématique du consentement prend alors tout son sens. Plus que jamais, la notion de management participatif, avec ce qu'elle induit en termes de paroles échangées, réflexions partagées, responsabilités imbriquées, transparence à l'égard de la famille, engagement de tous, revêt une importance primordiale pour adapter au mieux la prise en charge individuelle du résident. Elle demande à nous, directeurs, une ouverture d'esprit à tous les possibles, une humilité constante, une remise en question permanente, une incertitude bénéfique pour prendre des décisions collégiales, sans garantie ou si peu. Françoise SAGAN disait : « *j'ai trop le désir qu'on respecte ma liberté pour ne pas respecter celle des autres* ». C'est sur cette liberté que chaque directeur d'E.H.P.A.D doit méditer, avec l'indispensable recherche de consentement du résident et/ou celui de sa famille.

- **Une nécessaire ouverture sur l'environnement et un travail collectif à initier entre directeurs**

L'accès à l'intérieur de la structure est privilégiée aussi bien pour les familles, les bénévoles (convention avec une association d'accompagnement des personnes en fin de vie et un lycée de proximité), les visiteurs, les partenaires. Dans le cadre de l'animation, des sorties

avec les résidents sont organisées tous les mardis dans la ville. En revanche, peu de sorties sont programmées hors de la ville et au final, elles concernent une minorité de résidents. Quelques familles proposent des sorties ponctuelles à leur proche et une dizaine de résidents partent en vacances en famille chaque année.

Par ailleurs, les directeurs d'E.H.P.A.D du C.A.S-V.P se réunissent au minimum une fois par mois autour d'une réunion de direction organisée par la S.D.S.P.A.

Nous participons chacun à certains groupes de travail mais nous avons finalement très peu l'occasion de travailler de façon collégiale autour de projets communs.

En définitive, les directeurs ont toute latitude pour travailler ensemble mais restent souvent isolés au sein de leur établissement.

- **Les ressources humaines et les pratiques professionnelles**

- **Un accompagnement personnalisé à faire vivre pleinement**

Le projet personnalisé débute à l'issue de la visite de pré-admission par une synthèse remise aux professionnels. Il est ensuite affiné et complété dans les semaines qui suivent l'admission, via le logiciel de soins, par les référents « accueil » et tout le personnel. Il existe une procédure d'accueil et d'admission et des référents « accueil » désignés pour chaque résident accueilli. L'élaboration et/ou la réévaluation des projets personnalisés est programmée chaque mois (huit en moyenne) sous l'impulsion de l'infirmière coordonnatrice, de préférence en présence du résident et de sa famille, avec le médecin coordonnateur et des membres de l'équipe pluridisciplinaire (infirmières, aides-soignantes, psychologue, cuisiniers, etc.). L'élaboration des projets personnalisés aboutit à la pose d'objectifs avec échéances. Sa mise en œuvre et son suivi sont réalisés par l'infirmière coordonnatrice. Les informations relatives au projet personnalisé du résident sont tracées dans le logiciel de soins, accessibles à tous les professionnels. Ces objectifs sont également rappelés lors des staffs hebdomadaires et les transmissions inter-équipes. Pour autant, il arrive que certains soignants continuent de réaliser une prise en soin standardisée qui ne prend pas en compte tous les souhaits du résident notamment en ce qui concerne ses goûts et aversions alimentaires ou son rythme de sommeil. Interrogés, ils prétextent ne pas avoir été informés par leurs collègues de ces « détails » qui font pourtant toute la différence.

- **Un personnel en difficulté**

Il existe un absentéisme important à Galignani (9.14% en 2016) même s'il reste légèrement supérieur à la moyenne en E.H.P.A.D (9%). Il est à surveiller et peut néanmoins être le signe d'usure ou de souffrance psychologique des salariés.

Même si les relations avec les familles sont parfois très compliquées voire conflictuelles, les professionnels expriment davantage de difficultés dans leurs pratiques quotidiennes, au chevet de résidents atteints de troubles du comportement.

En effet, la prise en soin des personnes atteintes de troubles cognitifs s'avère parfois compliquée voire douloureuse pour les soignants. Ils peuvent rencontrer des difficultés liées aux pathologies démentielles des résidents : la déambulation excessive, l'agitation, l'hypersollicitation, l'agressivité physique et verbale, la désinhibition, l'opposition, l'apathie, autant de manifestations qui peuvent mener à la souffrance psychologique des professionnels. Certains culpabilisent, se sentent impuissants, démunis et expriment ne pas toujours savoir « comment s'y prendre » pour aborder et prendre en soin les résidents atteints de troubles du comportement. Ils doivent être accompagnés dans la connaissance de certaines pathologies que le plan de formation devra intégrer pour des formations spécifiques.

Cette méconnaissance de ces pathologies cognitives si singulières peut être responsable de comportements inadaptés de la part des professionnels qui peuvent majorer ces troubles et conduire à une agressivité verbale ou physique des résidents. Il est nécessaire que ces professionnels soient accompagnés pour une montée en compétence dans la prise en charge de certaines pathologies.

- **Une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences à repenser**

Cette démarche d'anticipation des ressources humaines permet de répondre aux enjeux du secteur, tant en termes d'évolution des besoins des publics accueillis que pour assurer au mieux les parcours des professionnels. Certes, de nombreuses formations existent, sont facilement accessibles mais elles ne sont pas suffisantes pour que les professionnels soient aguerris à ce métier difficile, au chevet des résidents. Il est donc nécessaire d'initier un travail en collaboration avec le service des ressources humaines du C.A.S-V.P pour participer au développement de la G.P.E.C.

- **La place et la vie des résidents et des familles**

Le consentement ou à défaut sa recherche, pour tous les actes de la vie quotidienne, revêt une importance capitale pour donner au résident la place prépondérante qu'il est en droit et doit occuper au sein de l'institution. Les résidents sont accueillis en E.H.P.A.D avec leur vécu, leurs expériences et leurs habitudes de vie.

Pour beaucoup d'entre eux, il s'agit de leur dernier lieu de vie et il est important que leur vie sociale soit préservée.

À Galignani, il existe des instances formelles et informelles qui permettent aux résidents et/ou à sa famille de s'exprimer telles le Conseil de la Vie Sociale qui se réunit quatre fois par an, l'élaboration et/ou la réévaluation du projet personnalisé chaque année, les commissions d'animation et de menus instaurées chaque mois.

Des entretiens individuels sont également réalisés par l'équipe d'animation chaque matin dans les chambres. Également, les visites spontanées et fréquentes des résidents dans mon bureau ou celui de l'infirmière coordonnatrice sont autant de moyens de communication que nous souhaitons préserver dans un souci de garder ce lien précieux avec les résidents et de progresser tenant compte de leurs remarques.

Je considère que les résidents doivent être acteurs de leur projet de vie en donnant leur avis sur tout ce qui concerne la vie institutionnelle : la restauration, l'animation, la vie sociale, l'organisation, etc. J'ai souvent été étonnée, lors de ces instances, de la pertinence des remarques faites par des résidents souffrant de troubles cognitifs. Ces résidents doivent être écoutés et participer, dans la mesure de leurs capacités, à la vie institutionnelle. Les familles, également « personnes de confiance » pour une grande majorité d'entre elles, occupent une place très importante à Galignani puisqu'aucune décision concernant le résident n'est prise sans leur aval, lorsqu'il n'est pas en capacité de donner son avis ou d'exprimer ses souhaits. Par exemple, un changement de texture ou de régime alimentaire, des consultations et examens médicaux, un choix de thérapeutique,...font l'objet d'une concertation entre la famille et l'équipe pluridisciplinaire. Dès la visite de pré-admission, les familles sont informées de l'importance de la communication avec l'encadrement. À cette occasion, les adresses mail et numéros de téléphone directs leur sont communiqués. Beaucoup de familles communiquent par mail. Les médecins, l'encadrement des soins et moi-même sommes très accessibles et réactifs pour proposer ou convenir d'un rendez-vous avec les familles.

J'ai initié, depuis 2016, une rencontre avec les familles, deux fois par an, un samedi après-midi, pour des échanges informels mais néanmoins nécessaires pour permettre de libérer leur parole. Les différents échanges et souhaits exprimés par les familles et les résidents me confortent dans l'idée de la nécessité de répondre aux besoins actuels d'hébergement et d'accompagnement des personnes accueillies.

La direction et ses équipes exercent dans un cadre contraint par le contexte institutionnel du département, de la ville de Paris et de l'établissement. Aujourd'hui, l'E.H.P.A.D Galignani tente d'adapter au mieux ses réponses aux situations différenciées par une forme d'intelligence au travail qui trouve des solutions tout en tenant compte des contraintes diverses, avec l'appui de la Sous-Direction des Services aux Personnes Âgées, de l'encadrement et des médecins.

Pour faire évoluer l'offre existante et mieux répondre aux besoins d'une population de plus en plus dépendante et vieillissante, je propose de développer un projet centré sur de nouvelles modalités de travail basées sur la coopération interne et externe et la collégialité, de façon à faire de la bientraitance un véritable objet de travail partagé.

- **Vers une coopération au service de la bientraitance des résidents et des professionnels : un projet transversal et territorial**

Je propose dans cette partie de présenter un projet pour l'E.H.P.A.D basé sur la coopération en interne et en externe, pour répondre à une diversité de prises en charge, nécessaire si l'on souhaite affirmer une bientraitance agie. En adéquation avec la volonté des pouvoirs publics et de l'A.R.S, il permet de développer de nouvelles façons d'accompagner sur un même territoire. La coopération, par ce projet, permet de m'inscrire dans cette dynamique d'ouverture et porter le changement au sein du C.A.S-V.P.

Je vais tout d'abord explorer les concepts de la bientraitance qui s'appuie sur la coopération et de la collégialité en termes de management et de nouvelle organisation de travail. Je présenterai ensuite les trois axes de mon projet : en interne à l'E.H.P.A.D, au sein du C.A.S-V.P, puis à l'externe, au niveau du territoire.

- **Les différents concepts qui fondent ce projet**

- **La bientraitance**

Le mot bientraitance a longtemps été absent des dictionnaires. Plusieurs définitions désormais à notre disposition rappellent combien la bientraitance est une notion subjective. L'A.N.E.S.M la définit comme « *une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins* ». La notion de « faire ensemble » est présentée comme un prérequis à la bientraitance. Afin de promouvoir une culture de la bientraitance, l'A.N.E.S.M a d'ailleurs été chargée de valider, d'élaborer ou d'actualiser des procédures, des guides et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour les établissements médico-sociaux.

Jean-Michel LONGNEAUX, dans son article « On ne naît pas bien traitant mais on peut le devenir » définit la bientraitance comme « *une démarche volontaire qui vise à promouvoir la personne âgée comme le sujet de sa vie, quelles que soient ses éventuelles défaillances* ». Dans cette définition, la notion d'adhésion au concept est privilégiée. Chacun en a sa propre conception. Chaque participation lui apporte une dimension particulière dans son rapport à la culture, la société et le milieu.

La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance des personnes âgées sont devenues, depuis quelques années, des objectifs nationaux, voire internationaux assignés aux pouvoirs publics, aux institutions mais aussi aux particuliers. Depuis quelques années, il s'agit également d'une préoccupation majeure pour les institutions européennes. Le réseau européen AGE et onze partenaires de sept pays ont élaboré une charte de droits pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées en situation de dépendance et un guide d'accompagnement expliquant aux soignants familiaux et professionnels comment respecter les droits des personnes qui leur sont confiées. Par ce biais, AGE cherche à promouvoir le développement de normes européennes obligatoires de qualité pour les services prenant en charge les personnes âgées dépendantes qu'elles soient en institution ou à domicile.

En France, le développement de la bientraitance est une priorité nationale dans le secteur médico-social comme dans le secteur sanitaire. À la fin des années 80, le professeur HUGONOT, gériatre, préside un groupe chargé d'étudier les « violences et négligences » des personnes âgées, à la demande du Conseil de l'Europe. Ce travail aboutit à un rapport, en 1990, qui décrit les politiques publiques mises en place en France depuis 1994, politiques qui associent, dans un dispositif souple et réactif, les collectivités territoriales, les services et administrations publics et les associations. La lutte contre la maltraitance et les approches de la bientraitance concernent différents publics qui peuvent être qualifiés de vulnérables

dont les personnes handicapées, handicapées vieillissantes ou dépendantes. De nombreux courants et méthodes d'accompagnement des personnes désorientées voient le jour dans les années 1990 : les approches CARE, MONTESSORI ou CARPE DIEM. En 1995, Rosette MARESCOTTI et Yves GINESTE décident d'écrire une nouvelle philosophie de soins, pour les personnes âgées en E.H.P.A.D, qu'ils baptisent la « philosophie de l'humanité ». Cette philosophie de soins et de la relation est basée sur le respect et la dignité des personnes et l'harmonie dans la relation entre les soignants et les soignés.

Dans ces approches, la formation se fait au poste de travail, dans la réalité de la situation professionnelle, de façon tripartite : le professionnel formateur, le professionnel formé et la personne accompagnée.

Dans les E.H.P.A.D, de nombreux professionnels ont été formés à certains de ces concepts qui apportent une nouvelle approche de la relation soignant-soigné, du soin et du « prendre soin ».

J'y vois un intérêt majeur pour mon projet car l'usager est pleinement acteur de son projet de vie, dans une relation égalitaire. La dépendance est un objet de travail et non plus un statut.

Tout comme l'A.N.E.S.M, le programme national MOBIQUAL, fondé en 2006 par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (S.F.G.G), vise également à améliorer les pratiques professionnelles. Il a élaboré un outil pour aider les établissements dans cette démarche : la « trousse de bientraitance », accessible à tous les professionnels, contenant différents supports documentaires et DVD. De même, des outils tels le simulateur de vieillissement, de nombreux ouvrages ont permis d'apporter une aide aux professionnels sur le sujet.

La revue de Gérontologie et société, « Pour une bientraitance : faut-il repenser le soin » a particulièrement retenu mon attention. Les auteurs Robert MOULIAS, Sophie MOULIAS et Françoise BUSBY tentent d'apporter un éclairage sur la définition du concept de bientraitance qu'ils abordent de manière très complète et sous des angles différents qui vont enrichir ma démarche projet.

Auparavant, je souhaite illustrer, par un exemple, ma représentation de la bientraitance institutionnelle. Fortuitement, j'ai surpris, dans le couloir, une aide-soignante frapper à la porte d'une résidente et attendre patiemment l'autorisation d'entrer. La soignante distribuait le gouter. Elle s'est ensuite adressée à elle, s'excusant par avance de la déranger et peut-être d'interrompre sa sieste. Puis, elle lui a proposé un gouter : « *Je sais que vous préférez habituellement le jus de raisin aux boissons chaudes mais comme il ne fait pas chaud aujourd'hui, que désirez-vous ?* Et d'ajouter : « *peut-être préférez-vous des madeleines aux*

biscuits durs car je sais que vous avez mal aux gencives à cause de votre nouvelle prothèse dentaire ? ». Cet exemple du quotidien correspond pleinement à ce que l'on peut attendre du comportement d'une soignante : le respect de l'intimité de la résidente, la connaissance de ses habitudes de vie, de ses goûts alimentaires tout en lui laissant la liberté de faire un autre choix. Cette approche empreinte de sollicitude prouve qu'elle s'informe et s'intéresse à ses difficultés actuelles dans une relation égalitaire. Tout simplement.

En lien avec ce sujet, je vais m'appuyer maintenant sur les définitions de la coopération et de la collégialité qui orienteront la nouvelle organisation de travail.

- **La coopération**

La coopération est un « *état d'esprit et un mode de comportement managérial où les individus conduisent leurs relations et leurs échanges d'une manière non conflictuelle ou non concurrentielle, en cherchant les modalités appropriées pour analyser ensemble et de façon partagée les situations et collaborer dans le même esprit pour parvenir à des fins communes ou acceptables par tous* ». Elle induit une démarche collective et pas seulement une addition individuelle de comportements, avec de nouvelles modalités de travail qui questionnent le rapport à l'autorité, à la concertation, au pouvoir.

La coopération permet de pallier les nombreuses contraintes financières, réglementaires, ou de qualité que rencontrent actuellement les structures, en mutualisant partiellement ou totalement, les ressources, les compétences et les moyens dont ils disposent.

« S'ouvrir à la coopération, c'est reconnaître l'importance d'une construction de la compétence collective élargie à l'ensemble des professionnels concernés. C'est accepter le regard de l'autre dans une vision positivée mais aussi renoncer au primat de ses conceptions pour les partager dans une dynamique de créativité ».

Du point de vue de la sociologie des organisations, la coopération est définie comme « *un processus par lequel les individus interagissent en vue d'atteindre un objectif général commun. La coopération renvoie à tous les ajustements par lesquels les acteurs, partiellement autonomes, parviennent à coordonner leurs actions pour atteindre des objectifs qui ne sont pas nécessairement convergents avec leurs enjeux. La coopération se construit dans les jeux ; elle reste fragile et précaire* ». La coopération n'est donc pas acquise et, dans les organisations, elle traduit une règle du jeu créée à un moment donné des jeux entre les acteurs. Cette prise en compte est fondamentale pour une compréhension des comportements et des fonctionnements institutionnels. Le principe de coopération vise à « *synchroniser les activités et à les rendre cohérentes entre elles* ».

Un projet basé sur la coopération aboutira donc à un changement culturel qui impactera sur l'organisation, les pratiques, les attitudes et les comportements. Ce travail sera également

l'occasion de montrer le lien étroit avec le management puisque la plupart des actions de promotion de la bientraitance sont de nature managériale.

Son développement ne peut d'ailleurs se faire sans une implication forte de la direction et de l'encadrement aussi bien dans la communication, les actions de gestion, d'accompagnement et d'encadrement des équipes que dans la transmission de valeurs claires.

- **La collégialité**

La collégialité est un « *principe guidant les actions d'un groupe de personnes (le collège) ayant le même statut et assumant les décisions prises par la majorité de ses membres* ».

L'extrait ci-dessous illustre parfaitement le but que je souhaite atteindre à travers la mise en œuvre d'une démarche collégiale entre les professionnels.

« Accompagner dans la vie quotidienne les personnes âgées, quelles que soient leurs difficultés, demande non seulement une écoute attentive, un savoir-faire et un savoir-être professionnel, mais un travail d'équipe construit avec ce trait d'union de bien-traitance, à travers et depuis les singularités de chacun et chacune, par-delà les conflits de rivalités ou d'intérêts, par-delà et par l'intégration des difficultés d'un travail exigeant..... ».

Je propose de développer ce concept à travers des exemples dans le chapitre sur la mise en œuvre de la coopération interne.

Ce travail collégial va harmoniser les pratiques professionnelles, enrichir la culture professionnelle, renforcer la cohésion d'équipe et la reconnaissance entre pairs.

- **La démarche managériale au service du projet**

Comme j'ai souhaité le démontrer dans mon diagnostic, l'E.H.P.A.D que je dirige met en évidence des limites de prise en soin et d'accompagnement en raison de contraintes fortes pour les décisions d'une direction d'E.H.P.A.D public dans un contexte territorial un peu décentré de Paris, soumis aussi à des enjeux de la commune de Neuilly-sur-Seine.

Ma fonction de directrice me conduit à construire et mener un changement majeur pour prendre en compte cette complexité afin de mettre en œuvre à la fois un accompagnement personnalisé et adapté des résidents et une qualité de travail liée à une montée en compétences des professionnels, dans un souci de démarche constante et affirmée de bientraitance institutionnelle.

Plus précisément mon enjeu majeur en qualité de directrice est le suivant : comment vais-je améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs et mieux répondre aux besoins de l'ensemble des résidents et au soutien des équipes dans ce contexte de double cohabitation sociale et médicale ?

Pour cela, il est nécessaire de faire évoluer le prochain projet d'établissement et les ressources humaines qui devront s'adapter à une finalité majeure de la bientraitance. L'accompagnement et la prise en soin des résidents doit s'améliorer pour que, comme le précise Cécile DELAMARRE « le malade d'Alzheimer, dans sa différence, garde sa lampe allumée ». À moi, directrice, de faire en sorte que la lumière ne s'éteigne pas en raison d'un accompagnement insuffisant.

Les auteurs Robert MOULIAS, Sophie MOULIAS et Françoise BUSBY rappellent que la bientraitance, pour être mise en œuvre, requiert des préalables qui sont la qualité des compétences en situation professionnelle et la déontologie sans cesse en question, sans lesquelles la bientraitance n'est que vaine intention.

En m'appuyant sur les travaux de ces auteurs, il me semble majeur de prendre en compte ces paramètres que je considère comme fondamentaux pour mener à bien mon projet institutionnel.

- **La compétence en situation professionnelle**

Entretenue et adaptée, elle permet à un professionnel de comprendre et traiter la majorité des situations qu'il rencontre, d'avoir un comportement adapté et de connaître ses limites pour savoir quand et à qui passer la main. Elle nécessite une juste appréciation de ses capacités, son savoir et ses limites. Je constate que le manque ou l'absence de compétences provoque souvent, chez la personne qui prodigue des soins de confort par exemple, un sentiment d'impuissance et/ou d'injustice face, par exemple, à l'agressivité physique ou verbale d'un résident atteint de troubles cognitifs.

Tant que le professionnel ne comprend pas l'attitude du résident qui lui paraît sans fondement et le blesse, alors même qu'il a fait tout son possible pour le satisfaire, il pourra vite se trouver dans une situation difficile : souffrance, dévalorisation, culpabilité, démotivation, évitement au travail. Plusieurs exemples me viennent à l'esprit : des mouvements inappropriés, trop brusques, par méconnaissance des gestes adaptés à la pathologie du résident, un oubli de prévenir en amont le résident des soins qui lui seront prodigués, l'approche machinale d'un gant pour la toilette du visage que le résident perçoit comme une agression à laquelle il va se défendre. Il n'est pas rare d'entendre également des propos inadaptés tel celui-ci : « vous m'avez déjà posé la même question il y a cinq minutes », sans compter le risque d'infantilisation qui n'est jamais bien loin.

Également, passer la main à ses collègues, lorsque la relation avec la personne n'est pas ou plus possible, ne va pas de soi. Le professionnel peut avoir honte d'avouer ce qu'il peut

ressentir comme un échec dans sa relation à l'autre. En complément des connaissances et des bonnes pratiques qui doivent être connues de tous, il me semble important que les professionnels soient en capacité de se remettre en question sur leurs pratiques sans se décourager. Et pour cela, l'encadrement doit les y inciter et jouer un rôle de veille et de formation. Pour acquérir de la compétence, la qualification est un des meilleurs dispositifs. Elle dépend de la formation, des diplômes mais aussi des qualités personnelles et morales des professionnels. Elle doit cependant être appliquée quotidiennement avec une réévaluation constante des connaissances de chacun. Selon les différents auteurs étudiés et cités dans ce mémoire, une démarche bientraitante n'est mise en œuvre que s'il y a d'autres préalables.

- **Le respect de la déontologie**

La déontologie est, selon le dictionnaire LAROUSSE, un « *ensemble des règles et de devoirs qui régissent une profession la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients et le public* ». Même si tous les professionnels n'ont pas de code de déontologie en référence à leur métier et qu'elle est donc informelle, elle s'étend désormais aux métiers qui pallient la perte d'autonomie des personnes handicapées ou à la dépendance. La déontologie touche tous les professionnels. Portée par la direction, elle est précieuse pour recentrer la structure sur ses missions et non sur elle-même.

Mais l'indispensable pratique d'une déontologie professionnelle ne va pas de soi, elle n'est pas figée et doit s'énoncer, se partager et être respectée de tous. Elle ne doit pas se contenter d'être véhiculée à l'oral.

Il semble primordial que ces principes déontologiques soient rédigés afin d'être affirmés et connus de tous dans une volonté de culture commune au sein de la structure.

À l'E.H.P.A.D Galignani, les contentions physiques et chimiques ne sont quasiment pas utilisées, à l'exception des barrières de lit. Je suis consciente que cela majore le travail et la surveillance des soignants au quotidien, sans compter une prise de risques liée aux chutes et accidents potentiels. Lorsque des intérimaires interviennent, il n'est pas rare qu'ils posent la question de savoir pourquoi l'établissement laisse des résidents déambuler le soir, au moment du coucher, alors qu'une « simple » ceinture de contention installée dans le lit permettrait d'assurer leur sécurité et de les installer durablement pour la nuit.

C'est un choix que j'assume, validé en équipe pluridisciplinaire. Les familles en sont informées dès la visite de pré-admission de la personne accueillie, les salariés dès leur prise de fonction puis lors des staffs hebdomadaires et des transmissions.

Outre la compétence en situation professionnelle et le respect de la déontologie, je retiens trois autres préalables à ces fondamentaux, au service de mon projet :

- **Avoir conscience de son action**

C'est un préalable incontournable car une démarche bientraitante nécessite une intervention réfléchie auprès de la personne dont on a la charge. « *Chaque professionnel doit avoir conscience de la valeur de sa tâche et de son absolue nécessité* ».

Ceci évoque pour moi la situation d'une lingère actuellement en poste. Suite à de nombreux arrêts maladie et un comportement parfois peu aimable, je l'ai reçue pour faire un point avec elle et essayer de comprendre la raison de ce que je percevais comme un évitement au travail. J'ai été étonnée de ses propos : « *Ce n'est pas grave si je suis absente, la maison continue de tourner et je ne sers pas à grand-chose finalement* ». Lorsque je lui ai dit que son travail était très important pour certains résidents qui attendent son arrivée dans les chambres pour réceptionner leur linge et échanger quelques mots avec elle, elle m'a regardée abasourdie : « *je n'y avais pas pensé* ». Elle n'avait pas conscience de ce que le résultat de son travail pouvait apporter aux résidents et de la désorganisation que provoquaient ses absences. Par la suite, son intégration dans les projets institutionnels ont permis de la valoriser dans son travail. C'est effectivement cette prise de conscience qui lui a permis de se sentir reconnue, de trouver une autre dimension à son travail et de se remobiliser dans ses fonctions et auprès des résidents.

Combien de fois aussi, face aux sollicitations des résidents qui les interpellent dans le couloir, les soignants disent qu'ils vont revenir les voir mais au final ne le font pas ? Ils ne se rendent pas compte que ce comportement génère, entre autre, une perte de confiance du résident qui, même atteint d'une pathologie cognitive, va parfois leur faire la remarque : « *Vous dites toujours cela mais vous ne le faites pas* ».

Il suffit également d'observer le comportement de certains soignants lorsqu'ils se rendent à deux dans la chambre du résident, à l'occasion d'une toilette ou de la réfection du lit. Parfois, ils continuent leur conversation sans prêter la moindre attention au résident qui les regarde à tour de rôle sans oser dire un mot.

Et que penser de la télévision laissée allumée sur la chaîne des clips par l'agent d'entretien qui effectue le ménage dans la chambre du résident ?

Ces professionnels ont-ils conscience de leur action ? Assurément pas. Cette prise de conscience est indispensable : chaque professionnel doit se rendre compte de sa

responsabilité face à des personnes dépendantes qui n'ont pas d'autre choix que de lui accorder leur confiance.

- **Le respect de la dignité de la personne assistée et de ceux qui l'entourent**

Il n'y a pas de bienveillance sans respect de la dignité puisque la base de la bienveillance est précisément le respect de la personne avec ses déficiences et ses incapacités, ses capacités restantes, ses choix et ses vœux qu'il faut recueillir. Il passe également par le respect de son autonomie restante. Devenir dépendant dans la dignité est ce qui doit être absolument recherché. Ce respect doit également être tourné vers les professionnels que certaines familles peuvent être tentées de « malmener ». Il est donc indispensable que la charte bienveillance intègre aussi la bienveillance des professionnels.

Je propose que le projet s'appuie sur la collégialité et la coopération du travail en équipe.

- **La collégialité appliquée au travail**

Le travail d'équipe et les prises de décisions collégiales sont essentiels pour créer une cohésion d'équipe et je ne serai pas bienveillante toute seule. Tous les membres de mon équipe doivent se sentir impliqués dans la démarche. Je pense notamment aux aides-soignantes dont le cœur de métier est de pallier la dépendance des résidents par des soins d'hygiène et de confort. Elle concerne aussi tous les corps de métier autour de la prise en soin des personnes. Elle implique secret et information partagée sur l'état, les besoins et les souhaits de la personne, des temps de coordination et de concertation, une décision collégiale pour des décisions importantes à prendre avec la personne et sa famille. Pour l'équipe, elle entraîne une dynamique de groupe qui nécessite une régulation de l'encadrement. Elle est complémentaire, pour moi, à la mise en œuvre de la coopération.

« Le principe de coopération repose sur une formalisation à la fois des attendus réciproques entre les parties mais aussi sur une capacité partagée à définir des espaces de régulations de sa mise en œuvre ».

Cependant, cette coopération qui doit être validée par tous les professionnels nécessite des préalables.

- évaluer les intérêts communs d'une coopération. Elle doit faire l'objet d'une négociation entre les membres de l'équipe c'est-à-dire une mise à plat précise des intérêts et pertes liés à cette coopération, au regard de l'objectif attendu.
- Introduire la question du diagnostic partagé au regard de l'objectif désormais commun.

Même si tous ces préalables sont réunis pour promouvoir une culture bientraitante au sein de mon établissement, je me dois de prendre en compte les limites, obstacles et contraintes à la démarche visée afin qu'elle ne soit pas contreproductive ou inadaptée. Il est facile de se revendiquer bientraitant mais le sommes-nous vraiment alors même que la personne vit une situation difficile voire maltraitante (maladie, isolement, dépendance,...) ? Il n'est pas rare que constater qu'un soignant s'autoproclame bientraitant alors qu'il tient, par exemple, des propos infantilisants. L'usage immodéré du mot bientraitance se révèle donc dangereux en l'absence de repères partagés et travaillés sous l'impulsion managériale. Cet article rappelle que s'il y a bientraitance, c'est aux autres de le reconnaître, qu'il ne s'agit pas de décrire sa propre attitude et critiquer celle des autres. Il est important de garder un « *regard autocritique* » sur la démarche. Il précise que l'erreur serait d'émettre des « *règles absolues de bientraitance* ».

Philippe SVANDRA confirme que personne ne peut être contre la bientraitance mais « *Pourtant, de la même manière que l'enfer est pavé de bonnes intentions, la bientraitance, sous prétexte de lutter contre la maltraitance, peut nous entraîner vers une normalisation excessive de la relation de soin. La vigilance est donc ici comme ailleurs salutaire* ».

L'article émet deux obstacles à ce processus : l'organisation du travail et ses contraintes économiques, juridiques et le comportement de la personne âgée qu'il ne faut pas « *angéliser* ». Cette démarche – tel est le positionnement de l'article – n'est pas de tout accepter, quoi qu'il arrive. Les auteurs proposent donc plusieurs pistes : laisser obligatoirement une place à des « *comportements dérangeants* », aider les personnes âgées à dépasser ces attitudes, se réapproprier ce qu'elles deviennent et enfin associer la personne âgée à sa prise en soin et aux décisions la concernant.

Les « *conditions de production* » de cette bientraitance demandent à être produites et reproduites jour après jour. Elles dépendent – telle est la posture du présent article – de la façon dont les organisations du travail des personnels soignants au sein des structures d'hébergement sont prises en compte, considérées et « *travaillées* » au quotidien, et plus particulièrement, parviennent à desserrer les contraintes de temps dans lesquelles l'activité est prise.

Pour toutes ces raisons, il faut donc admettre que la mise en œuvre d'une démarche bientraitante n'est pas chose aisée et passe par la levée de nombreuses difficultés. Ces écueils doivent obligatoirement être pris en compte dans le cadre de mon projet.

Dans ma pratique quotidienne, je mesure bien l'importance de la formation, des groupes de parole, de l'analyse autour de pratiques professionnelles pour accompagner les équipes. Consciente des évolutions constantes de notre secteur auxquelles les directeurs doivent

désormais faire face pour améliorer la réponse aux besoins des personnes accueillies, je vais impulser une démarche institutionnelle bientraitante pour les résidents et les professionnels, dans un souci constant de répondre aux nouveaux besoins des profils accueillis, des compétences accompagnées et, ce pour tous les corps de métier.

Ce projet fondé à la fois sur l'amélioration de la qualité de prise en soin des personnes accueillies et l'accompagnement des professionnels me permettra aussi, en étant force de proposition, d'initier et de participer activement au changement culturel interne au C.A.S-V.P et aux E.H.P.A.D publics de mon secteur de fait.

- **Et l'organisation du travail ?**

Actuellement, les contraintes statutaires limitent fortement les possibilités d'adapter l'organisation du travail aux besoins et au rythme des résidents. Pour autant, plutôt que la sectorisation actuelle, je souhaite profiter de la démarche managériale engagée et des changements à venir pour initier le travail en binôme pour les soignants le matin, puisqu'ils sont toujours en nombre pair (quatre soignants par étage et deux au rez-de-chaussée). Cette organisation favoriserait, pour le résident, une mobilisation moins douloureuse lors des manutentions et pour les soignants, une entraide pour les résidents dits « difficiles », une meilleure connaissance et une implication auprès tous les résidents afin de lutter contre une certaine routine. En effet, certains soignants travaillent toujours auprès des mêmes résidents et ne se posent plus les questions essentielles.

Oui Mme Y.... aime les robes bleues mais est-ce que cela justifie de lui proposer toujours les mêmes robes et de ne plus lui poser la question chaque jour de savoir ce qu'elle souhaite porter ?

Il est indispensable, dans cette nouvelle organisation, de replacer les résidents au cœur de la prise en charge. L'organisation repensée devra prendre appui sur le projet personnalisé de chaque résident car lui seul est garant d'une réponse adaptée et individualisée à chacun. Par ailleurs, il permet, en grande partie, d'apporter la réponse à cette problématique de double mixité et de redonner du sens au travail des professionnels.

- **Le renforcement du soutien aux professionnels**

Il passe par la promotion des échanges entre les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire.

- **Autour de la mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques professionnelles**

Dans le cadre du plan de formation, je vais organiser des sessions d'analyse des pratiques professionnelles pour l'équipe soignante dans un premier temps. Ces moments d'échanges et de partages vont permettre à l'équipe de mettre à jour les pratiques professionnelles

nécessitant une relecture collective à travers l'analyse de situations vécues. Ces sessions ont pour but de donner du sens et de la cohérence aux actions des professionnels, d'harmoniser les pratiques pour une meilleure prise en compte des besoins individuels des résidents en confrontant les expériences de chacun.

- **Autour de la création d'un comité de réflexion éthique**

La création d'un comité d'éthique permet, par sa mise en œuvre, de s'interroger sur le sens et les valeurs qui guident l'exercice du soin, de réfléchir et prendre du recul, de la distance face à des situations complexes afin de définir ensemble, de manière collégiale et pluridisciplinaire, les enjeux et alternatives, pour les partager.

Elle a pour but, pour le résident, de prendre ensemble la décision la plus « juste ». Le médecin coordonnateur et la psychologue animeront ces échanges, une fois par trimestre, sur le temps des transmissions.

Soit le thème est choisi collégialement chaque mois tel le refus de soins, d'alimentation, l'arrêt des traitements dans les situations de fin de vie, les troubles du comportement de Mme ou M. X ... soit l'équipe pluridisciplinaire (au maximum douze personnes) choisit d'évoquer une situation actuelle difficile. Dans ce dernier cas de figure, la date de la réunion sera fixée rapidement. S'il s'agit d'une situation individuelle, la personne de confiance y sera conviée. Les décisions prises seront ensuite tracées dans le logiciel de soins. Le suivi sera assuré par les infirmières et réévalué, si besoin, quotidiennement, avec une communication régulière à la famille sur le suivi et l'évolution.

La mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques professionnelles et la création d'un comité de réflexion éthique vont venir s'ajouter aux groupes de parole organisés une fois par mois par la psychologue du personnel, aux réunions d'étages animées par l'infirmière coordonnatrice, aux staffs pluridisciplinaires conduits par le médecin coordonnateur et aux différents groupes de travail. Tous ces temps d'échanges et de partages entre professionnels participeront à l'accompagnement au changement.

- **L'accompagnement au changement**

Un projet impliquant le changement ne peut se faire sans la participation des professionnels puisqu'ils en sont les principaux acteurs. C'est le véritable enjeu du projet. Il est donc primordial de les concerter, de communiquer, de les accompagner et tenir compte des étapes d'appropriation. Il faut également prendre en compte et évaluer leurs comportements car ils n'ont pas tous le même degré de connaissance et de maîtrise du changement, de son rythme, des stratégies, des démarches et méthodes qui opèrent.

La démarche managériale, engagée par l'encadrement, est essentielle pour permettre l'appropriation du changement auprès de tous les professionnels. Elle nécessite une communication constante, une disponibilité, une présence sur le terrain, un accompagnement au changement aux différentes étapes de sa mise en œuvre et un réajustement permanent.

Tout d'abord, il est important de faire connaître le contexte à partir du diagnostic initial qui permet d'anticiper le changement. Il convient ensuite de faire comprendre les enjeux et la démarche par un plan de communication sur le changement. Puis, les étapes et les plans d'action doivent être déterminés pour faire adhérer à la nécessité et aux solutions.

Le plan d'actions comprend plusieurs étapes

- **Il faut tout d'abord concevoir les actions d'accompagnement par :**

- Des actions de communication permettant d'associer les acteurs aux transformations qui les concernent et bâtir une vision partagée. Cette communication autour du changement peut prendre différentes formes : entretiens et réunions d'information, institutionnelles, sessions d'échanges de pratiques.

- Des actions de mobilisation car la mobilisation d'un nombre importants d'acteurs est un acte de réussite de tout changement d'envergure. Il conviendra de se poser la question de savoir qui associer à chaque étape et quelle délégation mettre en place ?

- Des actions de responsabilisation, nécessaires dans le fonctionnement au quotidien, deviennent cruciales dans l'accompagnement au changement. Il est important que chacun puisse appréhender le sens que prend sa participation au projet et en quoi son engagement et sa responsabilité individuelle sont au service d'une équipe.

Il s'agit de faire partager à l'équipe une vision, de donner des signes de reconnaissance et de faire évoluer le niveau de professionnalisme de chacun.

- **Évaluer et capitaliser sur le changement**

Des savoirs en matière de changement ont été accumulés, des erreurs commises, des modes de management et des modes de partage des décisions instaurés, etc. Il faut donc tirer leçon et profit de cet apprentissage collectif en conservant et en capitalisant cette expérience et ces savoirs. Il nécessite d'intégrer un processus constant d'évaluation et d'ajustement car il contient une part de risque et d'aléatoire.

La mise en œuvre des plans d'action permettra ensuite de faire agir pour impliquer, faire transmettre pour capitaliser sur le changement et enfin, assurer le suivi du changement par l'évaluation. La présence quotidienne sur le terrain, la réactivité et la souplesse seront gages de réussite.

Le changement est une opportunité pour faire évoluer, valoriser, (re)motiver et reconnaître les compétences de l'équipe mais je mesure qu'il est également l'objet de résistance de la part des équipes.

Au-delà des résistances, les comportements collectifs face au changement :

- Les comportements « moteur » adoptés par ceux qui vont a priori y « gagner » et qui ont des rapports de pouvoir favorables
- Les comportements « suiveur » adoptés par ceux qui vont aussi plutôt « gagner » mais qui n'ont pas assez de pouvoir pour influencer sur le cours des événements
- Les comportements de « résistance » adoptés par ceux qui a priori vont y « perdre » et qui ont suffisamment de pouvoir pour s'opposer au projet de celui ou de ceux qui entreprennent le changement
- Les comportements de « retrait » adoptés par ceux qui vont également plutôt y « perdre » mais qui en peuvent réellement agir faute d'un pouvoir suffisant
- Moteurs et suiveurs sont des ressources pour celui ou ceux qui entreprennent le changement.

L'approche de Kurt LEWIN, psychologue : le changement est un processus

Selon lui, il est composé de trois phases : le dégel, le mouvement et la cristallisation.

• **Le dégel** est le processus par lequel un individu ou un groupe d'individus prend conscience de la nécessité et/ou de l'intérêt de changer, et accepte l'idée même du changement. L'objectif à ce stade est de préparer le changement en faisant émerger les possibilités et les conditions. Cette phase passe souvent par la création d'un sentiment d'insatisfaction (pourquoi changer tant que l'organisation actuelle est perçue comme satisfaisante ?) mais également par une sensibilisation au changement attrayante et rassurante.

La restitution de l'analyse de l'organisation actuelle aux acteurs concernés et la réalisation d'un diagnostic partagé sont des moyens pertinents de faire prendre conscience de la nécessité et/ou de l'intérêt de changer.

• **Le mouvement** est le processus par lequel on passe de l'état organisationnel ancien à l'état nouveau. Dans cette phase, on expérimente une nouvelle manière de faire les choses, on tente d'abandonner les anciennes pratiques pour en inventer de nouvelles. Cette phase doit être structurée afin de permettre aux acteurs concernés de décider conjointement, à la lumière de leur propre expérience et en fonction du diagnostic fait en phase 1, des conditions de mise en œuvre de la nouvelle organisation.

Il s'agit de mettre en place des réunions, des groupes de travail... animés comme de véritables « séances de négociation informelle ». Les acteurs concernés peuvent ainsi

projeter leurs propres motivations dans la future organisation et se mettre d'accord entre eux sachant que leurs objectifs sont à la fois convergents et divergents.

• **La cristallisation** est la phase de consolidation des nouveaux comportements requis par le changement. Cette phase consiste à pérenniser les nouvelles pratiques, à les rendre permanentes et résistantes à des changements futurs, sans quoi les anciennes habitudes se rétablissent et les compétences nouvellement acquises s'estompent.

Au terme de cette phase, les nouvelles pratiques ne doivent plus être perçues comme un changement.

En résumé, les étapes du changement :

ETAPES	MOYENS	OBJECTIF
Le diagnostic initial permettant d'anticiper les réactions face au changement	Analyse stratégique des acteurs Freins/leviers Contraintes/opportunités	ANTICIPER
La communication sur le changement	Plan de communication Répartition rôles et responsabilités Décision collective Faits, opinions, sentiments	FAIRE COMPRENDRE
La détermination des étapes et plans d'action	Bâtir une vision partagée (associer les différents acteurs) L'expression des besoins La résolution de problèmes	FAIRE ADHERER
La mise en œuvre/le lancement des plans d'action	Organiser, programmer, former Répartition, des responsabilités Négociation	FAIRE AGIR

Le suivi du changement	Tableau de bord Actions correctrices Soutien, appui à l'intégration du changement ; tutorat, échanges de pratiques, formations complémentaires	EVALUER
------------------------	--	---------

La prise en compte de chacune de ces étapes me permettra d'accompagner le changement.

Pour mener à bien ce projet, je propose trois axes de travail.

- **La présentation du projet en trois axes**

Les objectifs de mon projet sont :

Pour les résidents atteints de troubles du comportement

- Mieux accompagner et prendre en soin les résidents atteints de troubles du comportement
- Diminuer la fréquence et ou l'intensité des troubles du comportement par un comportement adapté des professionnels
- Maintenir le plus longtemps possible leur autonomie

Pour les résidents aux capacités cognitives conservées

- Assurer un cadre de vie individuel et collectif apaisé et serein
- Rompre l'isolement social de certains résidents qui restent parfois dans leurs chambres pour éviter la confrontation aux résidents « perturbés »

Pour les professionnels

- Renforcer ou développer leurs compétences afin de mieux gérer les troubles du comportement
- Lutter contre l'usure professionnelle et renforcer la motivation
- Mettre en place de nouvelles relations de travail entre collègues et avec les résidents, harmoniser les pratiques soignantes et créer une dynamique de groupe et une cohésion d'équipe

Pour les autres acteurs

- Mieux se connaître pour fluidifier les relations professionnelles
- Enrichir la qualité des travaux menés par la réflexion pluridisciplinaire et les expertises du groupe

- Renforcer la motivation et l'implication de tous les acteurs

La dimension interne à l'E.H.P.A.D

Je propose tout d'abord de mener un travail coopératif et collégial au sein de l'E.H.P.A.D Galignani. L'axe principal sera de préparer, dès mars 2018, le nouveau projet d'établissement 2019-2023. Ce projet sera basé sur la coopération et la collégialité des équipes, et prendra appui sur un plan de communication interne et externe, un comité de pilotage, des groupes de travail avec l'association de l'ensemble du personnel pour accompagner le changement et permettre l'appropriation du projet.

Travailler en priorité en équipe sur le projet pour les résidents atteints de troubles du comportement est ma priorité dans un premier temps ; ce choix permet de fédérer, de faire évoluer tant les compétences que la prise de conscience donc la motivation.

Il impactera dans un second temps, sur l'ensemble du projet d'établissement, les pratiques professionnelles et le bien-être des résidents.

La dimension institutionnelle C.A.S-V.P.

Parallèlement, je souhaite insuffler un travail coopératif avec les différents services du C.A.S-V.P, mes collègues et la S.D.S.P.A, dans la limite et le cadre de mon rôle de directrice, pour influencer activement le progrès.

Ce travail va consister à participer au développement de la G.P.E.C au sein du C.A.S-V.P, en adéquation avec les orientations des politiques publiques et initier un travail collaboratif auprès de la Sous-Direction des Personnes Âgées, avec les autres directeurs d'E.H.P.A.D du C.A.S-V.P et le Bureau d'Accueil en Résidences (B.A.R), pour mieux orienter les résidents atteints de troubles du comportement tout au long de leur parcours de vie institutionnel.

La dimension territoriale :

Enfin, je souhaite développer la coopération externe, au sein du territoire, pour ouvrir l'établissement sur l'environnement et déployer des partenariats.

Mon projet débutera, dès septembre 2017, par la mise en œuvre d'une démarche de coopération et de collégialité au sein des équipes de l'E.H.P.A.D puis la création d'un groupe de travail « Bientraitance » en octobre. L'élaboration du nouveau projet d'établissement ne pourra se faire qu'en mars 2018, après l'évaluation interne prévue en janvier 2018. Il nécessitera la création d'un comité de pilotage, la mise en place de groupes de travail transversaux, la programmation de temps de partage et d'échanges autour de thématiques

et un plan de communication interne et externe. Cette communication permanente, tout au long du projet, sera dirigée vers les professionnels, les résidents et leur entourage, la hiérarchie. Un accompagnement constant des équipes sera indispensable. Mon but est d'impliquer tous les professionnels pour favoriser l'appropriation de la démarche.

Les trois axes du projet pourront parfois mis en œuvre simultanément, notamment le projet de coopération interne, au sein de l'E.H.P.A.D et externe. Le projet de coopération interne, au sein du C.A.S-V.P dépend de la disponibilité des services supports et de la direction générale.

En résumé, il est donc nécessaire d'engager un travail pluridisciplinaire dont le cœur du projet est un travail transversal et coopératif en interne et en externe, dans un esprit de collégialité et une nouvelle approche managériale pour la mise en œuvre d'une démarche de bienveillance continue. Afin de réaliser mon projet, je propose de développer chacun de ces trois axes.

- **La coopération interne, au sein de l'établissement**

Les politiques publiques encouragent le développement de nouvelles pratiques institutionnelles basées sur la coopération entre les différents secteurs : médico-sociale, sociale et médical. Plusieurs dispositifs ont ainsi été créés dans le but d'assurer une qualité de prise en soin optimale aux usagers.

Selon Francis BATIFOULIER, une démarche de coopération nécessite des préalables. Le principe de coopération se prépare et passe tout d'abord par une évaluation des intérêts communs entre les acteurs.

Ce préalable est indispensable pour qu'à partir d'un diagnostic partagé, chacun puisse prendre en compte les ressources et les incertitudes, les gains et les pertes consécutifs à ce projet commun.

Le principe de coopération nécessite également une volonté conjointe entre les parties prenantes, dans une relation égalitaire, de mener un projet ensemble, d'en évaluer les risques et les attendus réciproques pour garantir la réussite dans sa mise en œuvre.

Enfin, il faut faire vivre cette coopération en définissant des modes de fonctionnement et d'évaluation de sa mise en œuvre. Il convient donc, selon l'auteur, de « *mettre en place des dispositifs d'accompagnement dans sa mise en œuvre afin d'en réguler les termes pour en évaluer la pertinence dans le temps* ». L'appropriation de ces préalables permet ensuite de pouvoir aborder la mise en œuvre d'une coopération efficiente.

Lors de la mise en œuvre d'une démarche coopérative entre professionnels, je dois donc prendre en compte ces prérequis.

- **Sa mise en œuvre immédiate**

Cette nouvelle démarche managériale débutera, dès septembre 2017, par une réunion du comité de direction composée de l'infirmière coordonnatrice et des quatre chefs de service (responsable animation, responsable restauration, cadre hôtelier, responsable des admissions et de l'équipe d'accueil). J'y associerai le médecin coordonnateur. Le but de cette réunion est de communiquer sur les différents projets à venir. Je vais proposer aux chefs de service d'animer deux types de temps d'échanges et de partages entre professionnels :

- une démarche coopérative entre les professionnels de services différents pour aboutir à des projets communs et/ou complémentaires. Ce projet va décloisonner les différents services qui pensent toujours détenir la charge de travail la plus conséquente.
- une démarche collégiale entre les agents de même fonction, à partir d'échanges et de partages sur une thématique, pour harmoniser les pratiques, développer une cohésion d'équipe et une reconnaissance entre pairs.

La mise en œuvre de la démarche coopérative

Entre les Aides Médico-Psychologiques (A.M.P) et l'équipe d'animation

Le but est de mettre en place une coopération pour que les A.M.P puissent davantage s'impliquer dans les animations dans les étages. Aujourd'hui, les A.M.P sont trop souvent dans les soins et perdent la valeur ajoutée liée à la spécificité de leur métier.

De plus, un bon nombre de résidents ne veulent pas être accompagnés au rez-de-chaussée pour les animations quotidiennes et veulent rester à l'étage. En revanche, lorsqu'il y a des animations à l'étage, les résidents, pour la plupart, apprécient ces moments d'échanges, de convivialité et passent un bon moment. Il faut donc que les animations soient proposées plus souvent dans les étages mais les animatrices ne sont que deux.

Cette coopération permettrait de développer davantage l'animation et de valoriser les A.M.P. Le responsable de l'animation sera chargé de programmer et animer ces échanges une fois par mois. Un compte-rendu avec un arrêté de décisions, à l'issue de chaque réunion, permettra un suivi de la démarche.

Entre les soignants et l'équipe de restauration

Les soignants sont amenés, dans les étages, à servir les repas. Une coopération entre les soignants et les agents de restauration permettrait par exemple un partage des savoirs entre ces professionnels. Les agents en restauration maîtrisent la présentation des mets, les normes concernant la sécurité alimentaire et les prises de température des plats. Les

soignants connaissent les habitudes et goûts individuels et collectifs des résidents, les différentes régimes et textures à respecter. Par exemple, un travail sur les goûts et aversions de tous les résidents pourrait les réunir : les soignants sont habitués quotidiennement à renseigner le projet personnalisé dans le logiciel de soins alors que les cuisiniers ne le connaissent pas et utilisent un autre support. L'infirmière coordonnatrice et/ou le responsable « restauration » pourront être à l'initiative de la démarche.

Entre l'équipe d'animation et l'équipe restauration

Une coopération entre les membres de ces deux équipes serait constructive pour mettre en place, par exemple, des ateliers culinaires très plébiscités par les résidents. Ce serait l'occasion de proposer davantage de repas à thème qui associent décoration de table, animation pendant le repas et spécificité des plats. Pour les résidents atteints de troubles cognitifs importants, deux projets pourraient également réunir ces deux équipes : le « manger main » et la mise en place des repas thérapeutiques. Le responsable « restauration » et/ou « animation » se chargerait de mettre en place cette coopération et son suivi.

Entre les soignants

Il existe de nombreuses réunions qui réunissent les soignants (les transmissions de 13H30 à 14H30 chaque jour, les différents groupes de travail, les formations sur site, les staffs pluridisciplinaires chaque mardi).

Néanmoins, les réunions dans les étages instaurées il y a quelques années ont été arrêtées depuis l'absence du cadre supérieur de santé. Animées par l'infirmière coordonnatrice, elles permettaient un échange entre l'équipe soignante du matin et d'après-midi pour aborder la prise en soin des résidents et les problèmes éventuels d'organisation. Ces réunions désamorçaient les situations conflictuelles et permettaient d'uniformiser les pratiques soignantes. Elles seront remises en place, une fois par mois, dès que possible.

L'organisation des soins sera également à repenser tenant compte du nouveau projet d'établissement qui prévoit, entre autre, un outil de mise en œuvre du projet personnalisé.

La mise en œuvre de ces coopérations va remobiliser les professionnels et fédérer les équipes autour des différents projets.

La mise en œuvre de la démarche collégiale

Le but est que les chefs de service organisent, une fois par mois, un temps d'échange et de partage entre professionnels de même fonction, sur le temps des transmissions, de 13H30 à 14H30. Une thématique sera proposée par le chef de service ou les professionnels.

Par exemple, le chef de restauration va réunir les cuisiniers et leur proposer d'aborder la présentation des assiettes pour les résidents dont la texture alimentaire est mixée. Chacun s'exprimera sur le sujet abordant sa conception de ce qu'il convient de faire, sa manière de faire, ce qui pourrait être amélioré. À l'issue de la réunion, une décision sera prise par l'ensemble des cuisiniers, actée par un compte-rendu élaboré par le chef de restauration avec arrêté de décisions. Ce compte-rendu sera distribué et disposition de tout personnel de restauration dans un emplacement dédié, connu de tous.

De même, la distribution du linge dans les étages pourra faire l'objet d'une réunion entre les lingères, animée par le cadre hôtelier. L'infirmière coordonnatrice, par exemple, proposera aux agents sociaux d'aborder la distribution du petit déjeuner.

La création du groupe de travail « bientraitance » d'octobre à novembre 2017

Animé par la psychologue, ce groupe de travail pluridisciplinaire, avec la participation des résidents et familles, va engager une réflexion sur les pratiques institutionnelles.

Il permettra de rédiger une procédure pour formaliser, par écrit, la volonté de l'établissement d'être dans une dynamique et une culture bientraitante. Une charte et une fiche de poste « bientraitance » seront également élaborées pour aboutir à la mise en place de référents dans les étages. La charte, remise à chaque salarié et résident, sera aussi affichée dans l'établissement. Chaque réunion du groupe fera l'objet d'un procès-verbal affiché dans le poste de soins. Une restitution sera faite à l'ensemble du personnel lors des transmissions pluridisciplinaires.

Le travail du groupe va aboutir à :

La création d'un comité d'éthique

La première réunion du comité d'éthique sera animée par le médecin coordonnateur en décembre 2017. Le but est de mener une démarche de réflexion permanente sur les droits fondamentaux des résidents, à partir de situations concrètes. Par exemple, les arrêts de l'alimentation en fin de vie sont très mal vécus par les soignants qui préfèrent parfois stimuler de manière excessive les résidents lors de l'aide aux repas.

Pour le personnel, ce moment permettra d'exprimer ses difficultés et ses questionnements sur une situation difficile. Ces échanges apporteront une réponse collective aux interrogations des professionnels. Ils sont l'occasion de réexpliquer les bonnes pratiques soignantes pour harmoniser les prises en soin et l'accompagnement.

- **L'élaboration du nouveau projet d'établissement 2019-2023**

Le projet d'établissement actuel se termine en 2018. Le nouveau projet sera préparé de mars à août 2018 en équipe pluridisciplinaire et avec l'association de résidents et de familles. Il sera précédé d'une démarche d'évaluation interne initié par la S.D.S.P.A. en janvier 2018. Le résultat de cette démarche servira de socle à l'élaboration du nouveau projet.

Selon l'article L311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles, chaque établissement médico-social doit élaborer un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs notamment en matière de coordination, de coopération ou d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que des modalités d'organisation et de fonctionnement.

« Cet article se situe dans la section « droits des usagers » de la loi du 2 janvier 2002, dans laquelle figure l'ensemble des outils au service de ces droits : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour »,.....

Le projet d'établissement garantit donc les droits des usagers et définit les orientations, les missions, les valeurs sur lesquels les professionnels vont s'appuyer dans leur pratique quotidienne auprès des résidents.

Cet outil n'est pas figé et s'inscrit au contraire dans une démarche dynamique parce qu'il nécessite un travail associatif avec tous les partenaires et parce que sa mise en œuvre permet de fédérer les équipes autour du projet. Il doit s'adapter aux nouveaux besoins d'accompagnement et de prise en soin des personnes accueillies en institution. Il clarifie le positionnement et l'orientation de la structure en donnant des repères aux salariés.

La démarche d'évaluation externe de l'établissement, effectuée en 2014, a mis en relief les points forts et les points faibles de l'E.H.P.A.D Galignani. Ce diagnostic a ensuite permis de définir de grands axes de travail, qui ont été développés dans le projet d'établissement actuel. Il comporte cinq volets déclinés en objectifs généraux puis en objectifs opérationnels : le projet de vie, le projet de soins, le projet hôtelier, le projet qualité et gestion des risques et le projet social et managérial.

Communs à tous les E.H.P.A.D du C.A.S-V.P, ces différents volets vont, lors de la rédaction du prochain projet d'établissement, distinguer deux profils différents : les résidents atteints de troubles cognitifs et ceux aux capacités cognitives conservées.

L'objectif « Promouvoir la bientraitance et organiser la lutte contre la maltraitance », dans le volet de soins, se décline actuellement en trois objectifs opérationnels : faciliter le signalement des comportements inadaptés, former les professionnels à la bientraitance et encourager le questionnement sur les bonnes pratiques. Je souhaite insuffler, auprès de ma hiérarchie et mes collègues, une déclinaison plus importante de ce volet mais aussi des autres volets car mon projet transversal interagit sur tous les axes. Il me semble également

nécessaire d'y intégrer une ouverture sur l'extérieur par le développement de partenariats et du bénévolat.

Même s'il distingue deux types de prise en soin, ce nouveau projet évitera de stigmatiser les résidents ou de les « contenir » dans des cases.

La méthodologie pourra être la suivante :

- Un plan de communication interne et externe

Dès le début du projet, j'engagerai des actions de communication auprès de la hiérarchie, des professionnels, des familles et des résidents. Le C.V.S du 21 septembre 2017 sera l'occasion d'aborder les différents projets à venir.

- La création du comité de pilotage

Il assurera le suivi et la conduite générale du projet. Il proposera un échéancier, mobilisera les différents acteurs et validera les travaux menés par des groupes de travail pluridisciplinaires lors de l'élaboration du projet d'établissement 2019-2023.

Les membres du comité de pilotage seront :

- Un membre de la S.D.S.P.A
- La directrice de l'établissement
- Le médecin coordonnateur
- L'infirmière coordonnatrice

À l'issue de la création du comité de pilotage, un appel à candidatures sera organisé, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, pour constituer les différents groupes de travail.

- La création de groupes de travail transversaux

Cinq groupes de travail de douze personnes maximum seront créés pour correspondre aux différents volets contenus dans le projet d'établissement actuel : projet de vie, projet de soins, projet hôtelier, projet qualité et gestion des risques, projet social et managérial. Chaque volet fera l'objet d'un groupe de travail transversal avec échéances. Deux réunions sont prévues, sur une durée de six mois.

Je propose de décliner les différents volets du nouveau projet d'établissement :

Le groupe « projet de vie »

Le projet de vie est un ensemble d'actions coordonnées qui doivent se fédérer pour donner du sens à la vie du résident en E.H.P.A.D.

Il doit répondre à des objectifs d'accompagnement individualisés permettant de donner un cadre aux pratiques professionnelles pour accompagner le résident selon son vécu, ses attentes et ses besoins particuliers. Le résident est acteur de son projet de vie et devra donc être associé à la définition des objectifs particuliers de son accompagnement. Le projet personnalisé doit être au cœur du projet de vie. C'est ce qui va permettre d'apporter une prise en soin singulière, un accompagnement personnalisé et adapté à chacun en fonction de ses capacités restantes pour pallier de ce fait la mixité sociale et médicale.

Il convient de poursuivre la mise en œuvre des projets personnalisés, de les réévaluer en fonction des besoins et/ou systématiquement, en présence du résident, de sa personne de confiance et de l'équipe pluridisciplinaire. La formalisation du projet personnalisé, dans le dossier informatisé, s'accompagnera d'un plan d'actions avec des objectifs à atteindre. Pour que la mise en œuvre du projet personnalisé ne reste pas vain, il est nécessaire de mettre un place un outil simple à disposition des aides-soignantes pour appliquer au quotidien l'individualisation de la prise en soin par la prise en compte des souhaits et habitudes de vie du résident.

Au même titre que les infirmières impriment quotidiennement leur plan de soins à partir du logiciel de soins, je propose de mettre en place une fiche récapitulative, très simple, qui intègre, en fonction de l'organisation, les priorités de prises en soin du jour en ce qui concerne l'heure du lever, du petit déjeuner, de la toilette, les consultations ou RDV extérieures, etc...

Ce support sera imprimé chaque matin. Pour être accessible à tous, il sera mis dans la gestion documentaire du logiciel de soins, mis à jour la veille pour le lendemain par les référents d'étage. Cette formalisation laissera place à un accompagnement personnalisé effectif et bien traitant, que le résident ait ou pas des troubles du comportement. L'encadrement des soins veillera au suivi de ce projet et évaluera l'atteinte ou non des objectifs fixés. L'avenant au contrat de séjour sera adressé aux familles pour les informer du suivi du projet personnalisé.

Le projet d'animation devra être retravaillé pour s'adapter à tous les résidents en fonction de leurs capacités restantes, de leurs habitudes et de leurs souhaits pour se recréer.

Il devra comporter 2 projets distincts pour répondre à des besoins différents entre les résidents aux capacités cognitives conservées et des résidents atteints de troubles cognitifs. Il s'agira, pour les résidents atteints de troubles cognitifs, de maintenir et/ou développer des ateliers adaptés à leur détérioration cognitive telle :

- la musicothérapie dont on sait que l'utilisation de la musique, du son dans une démarche de soin, favorise l'expression, le mieux-être et la détente. Elle permet également de stimuler la personne en suscitant, chez elle, des émotions, des souvenirs.
- la ludothérapie permet, par le jeu, d'améliorer la concentration et la mémoire. Apaisante, elle peut permet de lutter contre la déambulation excessive.
- la relaxation qui favorise le bien-être et la détente. Elle permet aussi d'aider les personnes désorientées à retrouver des repères au niveau corporel et de relancer la dynamique de la parole et de la communication Elle peut avoir une action bénéfique pour limiter les troubles du comportement.
- l'atelier photo langage qui sollicite les fonctions cognitives : la mémoire, le langage, les repères spatio-temporels, préserve le lien social et permet un travail sur l'estime de soi.
- La pratique d'une activité artistique telle la sculpture, la peinture,... fait appel aux capacités de création, à la concentration et à la dextérité. Distrayante et gratifiante, elle valorise à la fois la personne elle-même et aux yeux des autres. Elle atténue l'anxiété et d'apporter une médiation à la communication.

Ces activités seront à évaluer pour apprécier leur pertinence au regard des demandes et du comportement des résidents.

Ce nouveau projet d'animation sera aussi, pour les résidents aux capacités cognitives préservées, l'occasion de programmer des sorties culturelles, des activités individuelles telles l'informatique et répondre à des demandes plus ciblées (faire des courses).

Le groupe « projet de soins »

Il doit tendre vers le développement de thérapies non médicamenteuses, en s'appuyant sur le projet personnalisé avec une prise en soins individualisée qui préserve au maximum l'autonomie, répond aux besoins et attentes du résident et de ses proches. L'équipe pluridisciplinaire, des résidents et familles, devront également mener un travail formalisé sur l'accompagnement de la fin de vie qui permettra de formaliser la recherche systématique des directives anticipées ainsi que tous les souhaits relatifs à la fin de vie, de mener une réflexion de la fin de vie pour aboutir à une procédure qui comprendra : la réactualisation des protocoles, la poursuite de la prise en charge de la douleur, les soins de confort, la prise en compte des demandes individuelles du résident et/ou de sa famille.

Ce sera l'occasion de mettre en place des référents « fin de vie » et de mettre en avant le rôle des bénévoles par une information générale sur leur rôle et la mise en place de réunions communes.

Un travail pluridisciplinaire est également à mener sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs pour conduire une réflexion pluridisciplinaire sur la prise en charge non médicamenteuse des troubles cognitifs dans chaque projet personnalisé, et rechercher les alternatives non médicamenteuses, avec l'aide des médecins et de la psychologue. Cette réflexion sera tracée dans le logiciel de soins ainsi que les prescriptions médicamenteuses ou non médicamenteuses qui en découlent. L'équipe pluridisciplinaire sera impliquée dans la prise en charge psychologique du résident : transmissions, staffs... La psychologue prendra en charge les familles ou les demandes individuelles. De même, les réunions hebdomadaires de coordination entre l'encadrement des soins et les psychologues devront se poursuivre et faire l'objet d'un compte-rendu, à l'issue de chaque réunion. Il conviendra de développer des formations sur la souffrance psychologique ou la relation d'aide pour tout le personnel au plan de formation.

Le groupe « projet hôtelier »

Tenant compte des résultats de la dernière enquête de satisfaction destinée aux résidents, un travail est à mener sur la restauration pour repenser les temps et l'organisation des repas, le repérage et la traçabilité des goûts et aversions.

Certaines pratiques telles le « manger-mains » pour les résidents atteints de troubles cognitifs importants et la mise en place des repas thérapeutiques sont à développer.

Le groupe « projet qualité et gestion des risques »

Sur les trois objectifs opérationnels que comporte ce projet actuellement, je souhaite particulièrement m'attacher à celui intitulé : « Adapter les organisations de travail pour garantir la qualité des prestations délivrées » en menant un travail pluridisciplinaire pour que ce ne soit plus, le plus souvent, le résident qui s'adapte à l'organisation mais l'inverse.

Le groupe « projet social et managérial »

Tous les objectifs opérationnels actuels de ce projet devront être développés pour donner du sens à mon projet mais, pour moi, d'autres objectifs devront y figurer telle l'ouverture sur l'extérieur, la coopération interne et externe au C.A.S-V.P ainsi que la G.P.E.C.

Par ailleurs, dans ce projet social et managérial, un travail coopératif est à insuffler parallèlement pour travailler sur la G.P.E.C avec la Sous-Direction des Services aux Personnes Âgées, le service des ressources humaines et mes collègues.

À l'issue de chaque réunion des groupes, l'avancée du travail sera soumise au COPIL pour validation puis fera l'objet d'un affichage du compte-rendu au poste de soins et d'une restitution orale systématique par un « rapporteur » désigné dans le groupe.

Le travail sur le projet d'établissement se terminera par

- La validation par le COPIL et la direction générale
- La présentation générale du nouveau projet au reste de l'équipe, la mise à disposition d'exemplaires dans l'établissement ainsi que l'information aux familles et aux résidents à l'occasion d'un nouveau C.V.S.

Il sera ensuite nécessaire de faire vivre le projet, de mettre en place un comité de suivi du projet (tableau de bord avec échéancier), une révision du projet à mi-parcours et prévoir une présentation du projet aux nouveaux arrivés.

Je propose une vision globale du plan d'actions de coopération interne

PLAN D' ACTIONS EN INTERNE, AU SEIN DE L'E.H.P.A.D GALIGNANI				
De septembre 2017 à septembre 2018				
Actions	Pilote	Calendrier	Objectifs	Évaluation
Réunion du comité de direction	Directrice	Sept 2017	Informers les chefs de service, sur les futurs projets en présence du médecin coordonnateur	Existence d'un procès-verbal de la réunion
Plan de communication interne et externe	Directrice	Sept 2017	Des actions de communication seront réalisées tout au long du projet. Elles permettront d'associer les professionnels aux transformations qui les concernent et bâtir une vision partagée. Les résidents et leurs familles seront informés par le CVS du 21 septembre 2017 et un affichage dans l'établissement.	Date et nombre d'interventions
Mise en œuvre de la coopération entre les professionnels	Chefs de service et encadrement des	Sept 2017 1 fois par	- Par la démarche de coopération entre professionnels de services différents : aboutir à des projets communs et/ou	Existence d'un procès-verbal des réunions Nombre de travaux coopératifs et collégiaux réalisés

des différents services et de la collégialité entre les agents de même fonction	soins	mois	complémentaires - Par la démarche collégiale : harmoniser les pratiques, la reconnaissance entre pairs, la cohésion d'équipe	
Création du groupe de travail transversal « Bientraitance »	Psychologue	Oct. 2017 Déc. 2017	Rédiger une procédure « bientraitance » pour formaliser, par écrit, la volonté de l'établissement d'être dans une dynamique et une culture bientraitante, élaborer une charte de la bientraitance, une fiche de poste « bientraitance » et la mise en place de référents dans les étages pour aboutir à la création d'un comité d'éthique	Existence d'une procédure, d'une charte, d'une fiche de poste de la présence de référents « bientraitant » identifiés dans les étages
Création d'un comité d'éthique et programmation d'une réunion 2f/an	Médecin coordonnateur	Déc. 2017	S'interroger, en équipe pluridisciplinaire sur le sens et les valeurs qui guident l'exercice du soin en partant d'une situation concrète ou d'un thème « éthique »	Existence d'un procès-verbal de la réunion du comité avec, si besoin, arrêté de décisions
Mise en œuvre d'une démarche d'évaluation interne	S.D.S.P.A	Janv. 2018	Servir de socle pour préparer le nouveau projet d'établissement	Existence d'un rapport d'évaluation interne
Création d'un comité de pilotage pour élaborer le nouveau projet d'établissement	Directrice	Janv. 2018	Créer puis réunir le comité de pilotage pour informer de l'orientation du nouveau projet d'établissement et des attendus	Procès-verbal avec arrêté de décisions
Élaboration du nouveau projet d'établissement 2019-2023 avec la constitution des cinq groupes de travail	Directrice	Mars 2018 Aout 2018 6 mois	Former les différents groupes de travail qui prennent en compte la démarche managériale engagée : - Groupe de travail 1 : « Projet de soins » - Groupe de travail 2 : « Projet de vie » - Groupe de travail 3 : « Projet hôtelier » - Groupe de travail 4 : « Projet qualité et gestion des risques » - Groupe de travail 5 : « projet social et managérial »	Procès-verbaux avec arrêts de décisions
PLAN D' ACTIONS EN INTERNE, AU SEIN DE L'E.H.P.A.D GALIGNANI De septembre 2017 à septembre 2018				
Actions	Pilote	Calendrier	Objectifs	Évaluation
Validation du projet d'établissement	COFIL, direction générale	Septembre 2018	Acter le nouveau projet d'établissement pour sa mise en œuvre	Existence du nouveau projet d'établissement

Restitution au reste de l'équipe	Directrice	Dès la validation du projet d'établissement	Informier l'équipe, aux résidents et aux familles du travail pluridisciplinaire réalisé	
Repenser le plan de formation	Directrice	Nov. 2017 Pluriannuel	Développer les formations ciblées sur les profils accueillis Intégrer un groupe d'analyse des pratiques	Existence du nouveau plan de formation

- **La coopération interne, au sein du C.A.S-V.P**

- **La participation au développement de la G.P.E.C**

Puisqu'il existe, depuis plusieurs mois, des réunions à l'initiative du chef de service des ressources humaines avec les directeurs d'E.H.P.A.D et la S.D.S.P.A, je propose d'insuffler un travail sur le développement de la G.P.E.C, de ma place de directrice.

La mise en œuvre d'une nouvelle politique G.P.E.C au sein du C.A.S-V.P, issue d'un travail coopératif et de fait ouverte, portera sur :

- L'analyse et l'anticipation des situations démographiques

Elle permettra de faire face et mieux anticiper les évolutions socio-économiques, organisationnelles pour adapter au plus juste les besoins en ressources humaines aux nouveaux profils, en vue d'accompagner durablement nos activités.

- La révision de la structure et du contenu des référentiels de compétences

Elle est nécessaire pour repérer, mobiliser et développer les compétences collectives et individuelles. La révision du référentiel de compétences va permettre un recensement hiérarchisé des compétences requises pour un poste, un emploi ou une famille d'emplois. Il constitue la clef du système de pilotage des ressources humaines. Il s'agit de l'outil qualitatif de base pour ajuster la compétence aux nouvelles exigences de la politique de recrutement, de mobilité interne, de formation.

Une meilleure connaissance des profils adaptés pour les recrutements apparait indispensable afin de faciliter l'ajustement entre les besoins et les ressources en intégrant, par exemple, de nouveaux métiers tels les assistants de soins en gérontologie ou encore en développant les Aides-Médico-Psychologiques dans nos structures.

La G.P.E.C intégrera également le travail avec le bénévolat.

- L'organisation du travail

Pour répondre aux obligations réglementaires et aux exigences de qualité des tutelles, des personnes accueillies et des familles, l'organisation du travail privilégiée devra avant tout s'adapter aux besoins des résidents. Elle nécessite de modifier le protocole actuel.

- La gestion de la mobilité

Elle nécessite de repenser les parcours professionnels et la gestion des carrières.

- La formation continue

Le plan de formation est actuellement élaboré en interne, par les directeurs, sur la base des demandes individuelles et des besoins collectifs définis par la direction et les chefs de service, tenant compte des objectifs du projet d'établissement. Il est validé au final par la S.D.S.P.A. Pour davantage de cohérence, son élaboration va s'inscrire dans une perspective pluriannuelle que je compte appliquer dès le prochain plan.

Il va proposer davantage de formations en lien avec les troubles cognitifs et les troubles du comportement des résidents et intégrer l'analyse des pratiques professionnelles.

Je vais également poursuivre la gestion de la mobilité, l'évolution des compétences et qualifications des professionnels de l'E.H.P.A.D Galignani.

De ma place de directrice, je dois développer la compétence de certains professionnels diplômés mais sans connaissance, par exemple, des bonnes pratiques et de la manière d'aborder un résident atteint de troubles cognitifs. Je suis consciente que les diplômes ne suffisent pas et qu'il faut également savoir agir avec compétence sur le terrain. Je m'appuie ici sur le travail de Guy LE BOTERF dans le champ des ressources humaines. Il précise qu'on reconnaîtra qu'un professionnel sait agir avec compétence « *s'il sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, qualités, réseaux de ressources...) pour réaliser, dans un contexte particulier, des activités professionnelles selon certaines modalités d'exercice (critères d'orientation), afin de produire des résultats (services, produits), satisfaisant à certains critères de performance pour un client ou un destinataire* ».

Il ajoute : « *La compétence n'est donc pas un état ou une connaissance possédée. Elle ne se réduit ni à un savoir ni à un savoir-faire. Elle n'est pas assimilable à un acquis de formation. Posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent.*

On peut connaître des techniques ou des règles de gestion comptable et ne pas savoir les appliquer au moment opportun. On peut connaître le droit commercial et mal rédiger des contrats. Chaque jour, l'expérience montre que des personnes qui sont en possession de connaissances ou de capacités ne savent pas les mobiliser de façon pertinente et au moment opportun, dans une situation de travail ».

C'est le cas de certains soignants qui ont connaissance des objectifs fixés après l'élaboration du projet personnalisé du résident mais ne les appliquent pas.

Le but est de parvenir à la qualification des professionnels, socle de savoirs, savoir-faire et comportements professionnels reconnus utiles et valorisés par une profession en fonction de situations types. La qualification fait référence à un ensemble de compétences professionnelles intégrant : les savoirs ou ensemble de connaissances générales ou spécialisées, les savoir-faire : ils concernent la maîtrise d'outils et de méthodes dans des contextes bien spécifiques, les savoirs être ou savoir-faire sociaux : attitudes ou comportements de personnes au travail, façon souhaitable d'agir et d'interagir, les savoirs-apprendre et le faire-savoir (communiquer en interne et externe).

Le développement de la G.P.E.C va donc optimiser le fonctionnement de nos structures et donc du C.A.S-V.P au regard de l'évolution constante de l'environnement interne et externe. La mise en œuvre d'une nouvelle G.P.E.C devra figurer dans le volet social du projet d'établissement et faire l'objet d'une information aux professionnels

- **La coopération inter-E.H.P.A.D pour repenser le parcours de vie institutionnel du résident**

À ce jour, les directeurs des E.H.P.A.D du C.A.S-V.P sont amenés à se rendre service, essentiellement à travers des prêts (matériel, véhicule, ...), d'échanges d'informations, de conseils mais le plus souvent, par affinités ou proximité géographique.

Il arrive parfois que certains d'entre nous participent à des groupes de travail animés par la S.D.S.P.A mais nous n'avons que très peu d'occasion de travailler tous ensemble.

À l'heure d'aujourd'hui, il ne s'agit pas d'un travail coopératif dont chacun pourrait profiter de l'expertise et des connaissances des autres afin de mettre en commun et resserrer le groupe « directeurs d'E.H.P.A.D ».

Je compte donc insuffler, auprès de la S.D.S.P.A, un travail qui nous concerne tous : le parcours du résident tout au long de sa vie en institution.

Parfois, la majoration des troubles cognitifs présentés par les résidents, au bout de plusieurs années, ne permet plus un maintien dans un E.H.P.A.D sans unité adaptée parce que son comportement présente un danger pour lui ou les autres résidents.

Également, il arrive que les familles, lors de la visite de pré-admission minimise les troubles présentés par son proche voulant absolument qu'il intègre un E.H.P.A.D du C.A.S-V.P en particulier (le plus souvent pour rapprochement familial). Après l'admission du résident, nous constatons que ces troubles du comportement ne sont pas compatibles avec la structure et qu'il ne sera pas possible d'assurer sa sécurité, compte-tenu de nos contraintes

architecturales. Pour ces raisons, un travail coopératif avec la S.D.S.P.A, le Bureau d'Accueil en Résidences (B.A.R) et les directeurs d'E.H.P.A.D pourrait aboutir à la mise en œuvre d'une procédure permettant de « fluidifier » les mouvements internes d'autant que certains E.H.P.A.D du C.A.S-V.P ont des services dédiés qui leur permettent de mieux accompagner et prendre en soin ces résidents. Elle impactera également sur le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.

Même si un travail important est déjà effectué au sein de la S.D.S.P.A, les différents travaux réalisés avec les directeurs d'E.H.P.A.D du C.A.S-V.P pourront être le point de départ d'une coopération qui, par la suite, permettrait de mutualiser davantage les moyens, expertises et expériences des uns et des autres.

En résumé ci-dessous, le plan d'actions en interne, au sein du C.A.S-V.P

PLAN D' ACTIONS EN INTERNE, AU SEIN DU C.A.S-V.P				
Actions	Pilote	Calendrier	Objectifs	Évaluation
Participer au développement de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences du C.A.S-V.P	Chef du service des ressources humaines	Laissé à l'initiative du service des ressources humaines mais proposition d'un travail avant le renouvellement du projet d'établissement 2019-2023 de manière à ce que la nouvelle G.P.E.C figure dans le volet social	Réaliser, au C.A.S-V.P, une meilleure adéquation entre les compétences des professionnels et les nouveaux besoins des personnes accueillies Ouvrir au bénévolat	Existence d'une nouvelle G.P.E.C
Mener un travail coopératif avec la Sous-Direction des Services aux Personnes Âgées, les autres directeurs d'E.H.P.A.D et le Bureau d'Accueil en Résidences (B.A.R)	Sous-Direction des Services aux Personnes Âgées	Laissé à l'initiative de la Sous-Direction des Services aux Personnes Âgées	Repenser le parcours institutionnel du résident tout au long et adapter la prise en charge aux évolutions des troubles cognitifs des résidents pour un meilleur accompagnement au sein des E.H.P.A.D du C.A.S-V.P	Existence d'une procédure qui fluidifie le parcours institutionnel du résident

- **La coopération externe sur le territoire**

- **Une volonté d'ouverture sur l'environnement**

« Un territoire n'est pas seulement un lopin de terre, un élément de la géographie, il doit se définir avant tout comme un système complexe de relations humaines, sociales, culturelles et professionnelles ».

Je souhaite ouvrir l'E.H.P.A.D sur l'environnement en partant aussi bien d'un projet d'action et/ou du territoire tenant compte des besoins, attentes exprimées par les résidents, les professionnels mais aussi des opportunités qui s'offrent à moi.

Un rapprochement avec les E.H.P.A.D de proximité dans une perspective de mutualisation, au service des résidents et des professionnels

Je vais être à l'initiative de rencontres avec les E.H.P.A.D de proximité dans le but de se connaître, d'échanger sur nos pratiques pour, ultérieurement, mutualiser nos expériences, expertises et moyens.

La mise en place d'une mutualisation entre nos structures permettrait une mise en commun de nos ressources pour diversifier les prestations, notamment en ce qui concerne les animations par exemple mais aussi de limiter les coûts.

Par échanges entre les professionnels des deux structures, elle favorise aussi une prise de recul et permet de rompre l'isolement dans lequel les professionnels peuvent se trouver.

La mutualisation entre établissements correspond d'ailleurs aux attendus des politiques publiques actuelles et est fortement encouragée par les autorités de contrôle.

Cette ouverture sur l'environnement apporte un potentiel de rencontres, d'échanges, de partage de savoirs et d'inscription dans la vie citoyenne, au service des résidents et des professionnels.

- **Le développement des partenariats**

Selon la commission de terminologie et de néologie du domaine social, le partenariat est une « *coopération entre des personnes ou des institutions généralement différentes par leur nature et leurs activités. L'apport de contributions mutuelles différentes (financement, personnel,..) permet de réaliser un projet commun* ».

Le développement des partenariats est devenu incontournable pour améliorer la qualité de prise en charge des personnes accueillies et enrichir les compétences des professionnels.

À l'E.H.P.A.D Galignani, même s'il existe des conventions avec les deux hôpitaux de proximité, elles restent très administratives, formalisées entre le C.A.S-V.P et les directeurs de ces hôpitaux. Il n'y a pas de travail coopératif entre nous, juste des échanges téléphoniques concernant des situations médicales individuelles, la plupart du temps entre les médecins.

Je propose donc d'initier une coopération efficiente :

- Avec le service des urgences et l'unité gériatrique de l'hôpital de Neuilly-sur-Seine

La coopération entre les professionnels de l'E.H.P.A.D et ces services va fluidifier le parcours des personnes âgées et optimiser la prise en charge des résidents tout en garantissant la continuité des soins. Cette initiative permet aussi, par des rencontres entre les professionnels, de faire en sorte que les équipes se connaissent et partagent leurs connaissances comme leurs difficultés pour éviter les conflits et les incompréhensions.

Le mécontentement du personnel soignant de l'E.H.P.A.D est essentiellement lié au fait qu'il n'est pas toujours informé de l'évolution de l'état de santé du résident durant son séjour à l'hôpital, que le retour d'hospitalisation du résident s'accompagne parfois de lésions cutanées telles les escarres et qu'il est mis devant le fait accompli pour la sortie du résident.

- Avec le Centre Médico-Psychologique (C.M.P) de la ville

En ce qui concerne le C.M.P, les infirmières de l'E.H.P.A.D déplorent le manque de réactivité lors d'une demande urgente de prise en charge psychiatrique.

Favoriser les échanges inter-établissements, afin d'enrichir les pratiques professionnelles, est d'ailleurs une demande inscrite dans le schéma départemental des Hauts-de-Seine. Pour cela, avec l'aide du médecin coordonnateur, je vais proposer une rencontre avec le cadre de santé et le chef de service de ces établissements.

Le but étant, par la suite, de mener des travaux communs et d'organiser des temps de partage entre les professionnels.

Des permutations entre soignants, par le biais de stages croisés, pourraient même être envisagées entre le service de gériatrie et l'E.H.P.A.D pour une meilleure connaissance du travail de l'autre. Les uns s'approprient les compétences techniques dont ils ont besoin, les autres acquièrent une manière d'être et de savoir-faire face aux troubles du comportement de la personne âgée.

- Avec une unité mobile de soins palliatifs

La prise en charge des situations palliatives repose essentiellement sur les médecins de l'établissement et parfois l'Hospitalisation À Domicile (H.A.D), lorsque des soins infirmiers « lourds » le justifient. Je souhaite formaliser, par une convention-partenariat, une coopération avec une unité mobile de soins palliatifs pour accompagner non seulement les résidents mais aussi le personnel.

Le développement de la télémédecine : une nécessité

La télémédecine n'en est encore qu'à ses balbutiements. Bien qu'installée matériellement, elle doit se développer car des problèmes techniques ont retardé son déploiement. Malgré tout, je pense qu'il faut d'ores et déjà y songer comme un outil incontournable pour améliorer la qualité de vie et de soins des résidents. Les résidents atteints de troubles du comportement sont, pour la plupart, très perturbés par un déplacement hors de l'établissement. Les consultations de télémédecine permettent de mieux prendre en soin des résidents qui ne veulent ou ne peuvent se rendre en consultation sans être douloureux, perturbés, avec le risque de se mettre en danger s'ils restent seuls en salle d'attente. Elle est également une aide précieuse pour les médecins traitants qui peuvent demander des conseils, à partir des dossiers médicaux, à des spécialistes tels les dermatologues, psychiatres, etc. Le médecin coordonnateur sera chargé de son déploiement dès la résolution du dysfonctionnement. Le déploiement de la médecine sera particulièrement utile dans les cas de dermatologie et suivi de pansements, dans les avis médicaux demandés aux spécialistes, sur dossier, notamment en psychiatrie.

Je propose une vision globale du plan d'actions en externe

PLAN D' ACTIONS EN EXTERNE, AU SEIN DU TERRITOIRE						
De septembre 2017 à						
ACTIONS	PILOTE	CALENDRIER			OBJECTIFS	MOYENS
L'OUVERTURE SUR L'ENVIRONNEMENT						
Organiser des rencontres avec les E.H.P.A.D de proximité	Directrice	Janv. 2018	Sept. 2019		Mutualiser les expériences, les expertises et les moyens au service des résidents et du personnel	Prise de contact avec la direction de ces E.H.P.A.D pour initier une rencontre
DEPLOYER DES PARTENARIATS						
Mettre en œuvre une coopération effective avec le service des urgences, le service gériatrique	Directrice	Sept. 2017	2018	2019	Faire vivre les conventions existantes afin de fluidifier le parcours des personnes âgées et optimiser leur prise en charge Mieux connaître les équipes par des échanges	Être à l'initiative de rencontres tout d'abord avec l'équipe médical de part et d'autre puis entre les soignants par l'intermédiaire des cadres de santé Initier des projets communs et

de l'hôpital de proximité et le Centre médico-psychologique de la ville					permettant de favoriser une prise de recul des professionnels et rompre l'isolement	des stages croisés avec le service de gériatrie
Réaliser une convention avec une unité mobile de soins palliatifs	Directrice		Janv 2018.		Améliorer la fin de vie des résidents et accompagner les équipes	Existence d'une convention
Développer la télémédecine	Médecin coordonnateur	Sept. 2017	2018	2019	Améliorer le bien-être des résidents (attente, déplacements anxiogènes) Limiter les coûts de transport	Nombre d'actes réalisés

• Évaluation du projet

Au-delà de l'obligation légale, l'évaluation est importante pour l'institution et les professionnels afin de tendre vers une qualité optimale de prise en soin et d'accompagnement. La dernière évaluation externe réalisée en 2014 a pointé à la fois une insuffisance de formalisation des procédures mais aussi une nécessité de travailler sur certaines priorités concernant notamment le projet de soins tels les soins palliatifs.

Depuis 2014, des réponses ont été apportées à travers l'actualisation du projet d'établissement 2014-2018. Une évaluation interne, portée par l'ensemble des professionnels, va être réalisée au sein des E.H.P.A.D du C.A.S-V.P en janvier 2018.

Elle servira de socle au nouveau projet d'établissement qui va, à l'E.H.P.A.D Galignani, prendre également appui sur le projet de direction lié à ce mémoire.

L'ensemble de ces démarches concertatives vont ainsi favoriser l'implication du personnel.

L'évaluation va porter sur les trois axes qui fondent mon projet

OBJET DE L'EVALUATION	MOYENS	CRITERES D'EVALUATION
	- La mise en place d'une démarche coopérative et collégiale	- Satisfaction des professionnels - Développement des activités proposées d'où satisfaction des résidents et des familles - Harmonisation des pratiques professionnelles - Diminution des conflits et des clivages
	- Le développement d'une démarche de bientraitance	- Mise en place d'une procédure, d'une charte, d'une fiche de poste et de référents « bientraitance »

Projet de coopération interne, à l'E.H.P.A.D Galignani		<ul style="list-style-type: none"> - Création du comité d'éthique - Changement de comportement des professionnels au chevet / augmentation de la satisfaction des résidents - Adaptation des professionnels au projet personnalisé des résidents
	<ul style="list-style-type: none"> - L'élaboration du nouveau projet d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation et implication des professionnels dans les différents groupes - Existence du nouveau projet d'établissement 2019-2023 conforme à l'évaluation interne et mon projet de direction
	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de professionnels formés/ Mise en place d'un groupe d'analyse des pratiques professionnelles
Projet de coopération interne, au sein du C.A.S-V.P	<ul style="list-style-type: none"> - La participation du développement de la G.P.E.C 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une nouvelle G.P.E.C en adéquation avec les nouveaux publics accueillis (montée en compétences, intégration de nouveaux métiers, etc.
	<ul style="list-style-type: none"> - La coopération inter-E.H.P.A.D 	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation d'une procédure pour s'adapter au parcours de vie institutionnel des résidents
Projet de coopération externe	<ul style="list-style-type: none"> - L'ouverture de l'établissement sur l'environnement - Le déploiement des partenariats 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actes de télémédecine - Nombre de rencontres avec les partenaires, bénévoles + procès-verbal des arrêtés de décisions - Nombre de conventions réalisées

La qualité de prise en soin et d'accompagnement des résidents devra aussi être évaluée à travers les questionnaires de satisfaction annuels à destination des résidents et des familles et une analyse des plaintes et réclamations en faisant une étude comparative avec les années précédentes.

La satisfaction et la montée en compétences des professionnels seront évaluées par les entretiens individuels annuels, l'implication et la participation aux différents projets, une diminution du turn-over et de l'absentéisme.

-
-

- **Conclusion**

La gestion d'un E.H.P.A.D relève d'une savante alchimie qui, malgré de nombreuses contraintes, doit s'adapter à la diversité des publics accueillis et faire évoluer les pratiques professionnelles, dans un souci constant de bientraitance institutionnelle.

« À partir du moment où nous faisons le choix d'accompagner au quotidien les personnes âgées, je crois qu'une réflexion s'impose : si nous n'avons pas le pouvoir de guérir la maladie ou la dépendance qui les frappe, nous avons celui d'en limiter les effets, voire de les ralentir. Autrement dit, nous avons le pouvoir d'améliorer leur qualité de vie, notamment en définissant un type d'accompagnement qui a pour objectif de les aider à garder leur lampe allumée. »

Force est de constater que l'E.H.P.A.D Galignani doit rapidement mener un processus de changement pour s'adapter aux besoins divergents et personnalisés des nouveaux résidents pris en charge et accompagner les professionnels dans l'acquisition de nouvelles compétences.

Le projet de coopération interne et externe que je porte à travers ce mémoire est une réponse nécessaire aux difficultés auxquelles je dois faire face dans mon institution. Il a pour ambition d'améliorer à la fois la qualité de prise en soin et d'accompagnement des résidents et la qualité de vie des professionnels au travail en redonnant du sens à leurs actions. Par ce travail, j'ai souhaité contribuer au fait que la bientraitance devienne un élément central des politiques de qualité des soins et de l'accompagnement des résidents et des professionnels au sein des E.H.P.A.D du C.A.S-V.P.

Fidèle à ses valeurs humaines et ses engagements profonds auprès des personnes vulnérables qu'il accompagne au quotidien, le C.A.S-V.P que je représente, a la volonté affirmée de se questionner et d'adapter ses établissements à un environnement en pleine

mutation. Cette détermination pour améliorer la qualité de prise en charge des usagers est un atout majeur pour réussir dans tous les projets qu'il entreprend.

Même si le secteur subit de profonds bouleversements, l'avenir des E.H.P.A.D est étroitement lié à sa capacité à s'ouvrir sur son environnement pour s'adapter et réinventer de nouvelles modalités de prise en charge.

Nous ne devons pas subir l'avenir mais plutôt le préparer. Le vieillissement de la population française constitue, certes, un défi complexe mais c'est aussi une opportunité pour l'assumer et en faire un nouveau socle des politiques publiques.

•Bibliographie

Ouvrages lus :

ANKRI J. ET HENRARD J-C, 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Rennes, éditions École Nationale de la Santé Publique, 277 pages

ARBUZ G. et RAPOPORT D., 2009, *La bien-traitance au soir de la vie*, Paris : éditions BELIN, 222 pages

BATIFOULIER F., 2011, *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, Paris : éditions DUNOD, 481 pages

CROZIER M., 1970, *Le phénomène bureaucratique*, éditions du Seuil, 369 pages

DAHAN O., et HETET B., 2014, Les fiches outils du changement, Paris : éditions EYROLLES, p 42-13

DELAMARRE C., 2015, *Démence et projet de vie*, Paris : éditions DUNOD, 222 pages

EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., *Conduire le changement en gérontologie*, 2009, Paris : éditions DUNOD, 259 pages

FOUDRIAT M., 2011, *Sociologie des organisations*, 3ème édition, Paris : éditions PEARSON, 352 pages

LE BOTERF G., 1994, *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*, Paris, Les éditions d'organisation, p. 16-18

LE BOTERF G., 2015, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 6^{ème} édition, Paris : éditions EYROLLES, 218 pages

SVANDRA P., 2013, *Faut-il avoir peur de la bientraitance ?*, Belgique : éditions DE BOECK ESTEM, 117 pages

Revue :

GERONTOLOGIE ET SOCIETE N°133, 2010, *Pour une bientraitance, faut-il repenser le soin ?* Paris : éditions Fondation Nationale de Gérontologie, 206 pages

PLANE J-M., Les cahiers de l'actif, 2008, *Les aspects du travail en équipe ou les conditions d'une coopération efficace* N° 382-383-384-385, La grande motte : éditions ACTIF, 301 pages

Sites internet :

A.N.E.S.M. Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service

A.N.E.S.M : Qualité de vie en E.H.P.A.D, volet 2 et 3

A.N.E.S.M : La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre

A.N.E.S.M : Ouverture de l'établissement à et sur son environnement

A.N.E.S.M : L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, www.anesm.sante.gouv.fr

A.P.U.R : www.apur.org

A.R.S Ile de France : www.iledefrance.ars.sante.fr

FONDATION MEDERIC : www.fondation-mederic-alzheimer.org

I.N.E.D : www.ined.fr

I.N.S.E.E : <https://www.insee.fr>

I.R.D.E.S. Le financement de la dépendance des personnes âgées en France, janvier 2016 :
www.irdes.fr

MOBIQUAL Bientraitance, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : la réflexion éthique : www.mobiqua.org

<https://www.paris.fr/services-et-infos-pratiques>

<https://fr.wikipedia.org>

Lois, décrets, circulaires :

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Légifrance

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal officiel*, 3 janvier 2002

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004

Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Documents :

H.A.S : Le déploiement de la bientraitance, mai 2012, Guide à destination des professionnels en établissements de santé et E.H.P.A.D, Groupe bientraitance FORAP-HAS

Observatoire des E.H.P.A.D, KPMG, avril 2014

Schéma régional 2012-2016, Département de Paris

Schéma régional des Hauts-de-Seine, 2014-2018

•Liste des annexes

Annexe 1 : Photos de l'E.H.P.A.D Galignani

Annexe 2 : Fiche de synthèse du résident lors de la visite de pré-admission

	Nathalie	Septembre 2015
PATIER	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale	
ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARIF FAVORISER ET PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE PAR UN PROJET BASE SUR LA COOPERATION INTERNE ET EXTERNE DANS UN CONTEXTE DE FORTE MIXITE MEDICALE ET SOCIALE		
<p>Résumé :</p> <p>Le vieillissement constitue aujourd'hui un enjeu sociétal important.</p> <p>Les directeurs d'E.H.P.A.D doivent faire face à l'évolution et la diversité des profils accueillis, de plus en plus âgés et dépendants avec notamment l'augmentation de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer, et/ou en situation de handicap mais aussi à l'accueil de personnes issues de milieux sociaux très différents.</p> <p>Directrice d'un E.H.P.A.D public, mon objectif, à travers ce mémoire, est de faire évoluer la prise en soin et l'accompagnement des résidents dans un contexte de forte mixité sociale et médicale et de nombreuses contraintes.</p> <p>Je propose une démarche institutionnelle globale bientraitante qui prendra appui sur un projet de coopération interne et à l'externe, dans un esprit de collégialité.</p> <p>Une meilleure coopération entre les différents professionnels de l'action sociale et médico-sociale est d'ailleurs un des objectifs principaux de la loi 2002-2. Cette volonté est</p>		

réaffirmée par les pouvoirs publics pour améliorer la qualité de prise en charge des usagers, la gestion des ressources humaines et la maîtrise budgétaire.

Mon projet va permettre à la fois une amélioration de la qualité de prise en soin des résidents, une évolution des pratiques et des compétences professionnelles pour favoriser un bien-être au travail.

Mots clés :

ACCOMPAGNEMENT, BIEN-TRAITANCE, COOPERATION, COLLEGIALITE,
COMPETENCES, QUALITE DE PRISE EN CHARGE

L'École des Hautes Études 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.