

LYDIA LAHMER

épouse SOLTANI

**Optimiser l'accompagnement des personnes âgées
atteintes de démence, au sein d'un EHPAD,
en améliorant l'organisation et les pratiques.**

CAFERUIS - Année 2017

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS	
INTRODUCTION	1
PARTIE I : LE CONTEXTE	3
1 Définitions :	3
2 Eléments historiques :	6
3 Eléments démographiques	7
4 Evolutions des politiques publiques en faveur des personnes âgées atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées de 1962 à nos jours	8
5 L'enjeu de l'EHPAD : répondre aux besoins et attentes des résidents et des familles	12
a) Définition	12
b) Cadre réglementaire	13
c) Missions	14
d) Le public	14
e) Organisation	14
PARTIE II : L'EHPAD « Les Jardins Du Cigaloun »	15
1 Présentation	15
2 Eléments de cadrage	16
3 Caractéristiques du public	17
4 Organisation	18
5 Organisation interne de l'offre de service	19
a) Les modalités d'admission	19
b) Le projet de vie personnalisé	20
c) Accompagnement des personnes présentant des démences	22
d) Compétences et qualification des professionnels	25
e) La dynamique du travail en équipe	25
6 Constats et analyse	26
Axe 1 L'organisation du « CANTOU »	26
Axe 2 Les pratiques professionnelles au sein de l'EHPAD	26
7 Diagnostic stratégique	32
PARTIE III : PROJET MEMOIRE	34
1 Les prérequis	35
2 Les objectifs généraux et le plan d'actions	37
3 L'évaluation du projet	47
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES ANNEXES	51
TABLE DES SCHEMAS ET TABLEAUX	76

TABLE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS



AGGIR Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

AMP Aide Médico-Psychologique

ANESM Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux.

APA Aide Personnalisée à l'Autonomie

ARS Agence Régionale de Santé

ASG Assistante de Soins en Gérontologie

ASH Agent de Service Hôtelier

ASQ Aide-Soignant Qualifié



CA Conseil d'Administration

CASF Code de l'Action Sociale et des Familles

COPIL Comité de Pilotage

CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS Conseil de la Vie Sociale



EHPAD Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées

EPP Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESMS Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

ETP Emploi Temps Plein



GIR Groupes iso-ressources

GMP Gir Moyen Pondéré



HAS Haute Autorité de Santé



IDE Infirmière Diplômée d'Etat

IDEC IDE Coordinatrice

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médical



MA Maladie d'Alzheimer

MEDEC Médecin Coordonnateur

MMS Mini Mental State : test de Folstein



OMS Organisation Mondiale de la Santé



PACA Provence-Alpes-Côte d'Azur

PASA Pôle d'Activités de Soins Adaptés

PMP Pathos Moyen Pondéré

PE Projet d'Etablissement

PP Projet Personnalisé

PSD Prestation Spécifique de Dépendance



RBPP Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles



SWOT Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats



UE Union Européenne

UHR Unité d'Hébergement Renforcé

INTRODUCTION

Actuellement infirmière libérale dans le Vaucluse, ma patientèle est majoritairement constituée de personnes âgées dépendantes avec une augmentation de la prise en charge de personnes atteintes de démence. Mon expérience professionnelle à domicile et en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) a amorcé, au fil des années, des interrogations sur mes pratiques professionnelles à l'égard des personnes âgées. Mais le facteur déclenchant fut l'expérience d'épreuves personnelles. De professionnelle, je suis passée à fille d'utilisateur. Je dois bien avouer que lorsqu'un parent âgé est atteint d'une maladie neurodégénérative, famille et parent basculons dans un monde cauchemardesque ! Mon parcours a conforté mes valeurs d'engagement auprès de ce public et ma démarche de suivre la formation CAFERUIS. Il est fort de constater que devant l'augmentation de l'espérance de vie, de la démographie des personnes âgées et la forte progression des maladies neuro-dégénératives, les EHPAD doivent s'adapter et améliorer « *le service rendu aux usagers* ». L'offre de prise en charge de ce public s'est modifiée lentement pour devenir un enjeu sociétal. Jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, les personnes âgées étaient prises en charge soit par l'hospice soit par la famille. Au 20^{ème} siècle, l'émergence des politiques publiques en faveur des personnes âgées, l'évolution de leur représentation et des modes d'hébergement esquissent un changement. L'arrêté du 26/04/99¹ mentionne la mise en place d'un Projet Personnalisé (PP) pour chaque résident présentant des troubles intellectuels. Mais la prise de conscience des pouvoirs publics trouve son origine au 21^{ème} siècle : des transformations majeures impactent le secteur médico-social avec notamment la succession de plans gouvernementaux en faveur des personnes âgées et particulièrement celles atteintes de la Maladie d'Alzheimer (MA) ou de maladies apparentées. La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-Sociaux (ANESM), autorités publiques indépendantes ont publié des recommandations relatives au diagnostic, au traitement non médicamenteux, à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

La promulgation de la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale conforte la volonté politique d'apporter des réponses à l'évolution des besoins.

¹ Arrêté fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle

Cette loi réaffirme la place prépondérante de l'utilisateur et garantit ses droits à travers la mise en place obligatoire d'outils dans chaque Etablissement Social et Médico-Social (ESMS) : projet d'établissement, contrat de séjour, conseil de la vie sociale, médiateur, charte des droits et libertés, livret d'accueil et règlement de fonctionnement.

Dans ce contexte actuel, la démarche des ESMS consiste à adapter leurs pratiques et organisation interne afin de mieux répondre à l'évolution des besoins des personnes âgées. Le PP est un outil au service de la structure et des professionnels qui permet en lien avec le Projet d'Etablissement (PE) de tendre vers un accompagnement adapté et respectueux des besoins et attentes de la personne.

Le cadre de mon mémoire-projet se situe au sein d'un EHPAD qui accueille une grande majorité de personnes âgées atteintes de démences. En tant que cadre stagiaire, je suis partie de la réflexion suivante : à partir du contexte évoqué précédemment, comment l'EHPAD garantit-il un accompagnement adapté et personnalisé pour chaque résident atteint de la MA ou de maladies apparentées ?

Afin de répondre à ce questionnement, je vous présenterai en première partie le contexte général relatif aux personnes âgées dépendantes et atteintes d'une démence, caractérisé par des notions, définitions, éléments historiques et démographiques. Je décrirai l'évolution des politiques publiques en faveur de ce public pour terminer par le cadre légal des EHPAD. J'aborderai en deuxième partie le contexte institutionnel en déclinant le public accueilli, l'organisation interne et les pratiques existantes. En croisant les données des 2 premières parties, j'en ai déduit des constats qui me permettent de fonder la problématique suivante : **une organisation et des pratiques inadaptées, au sein de la structure, ne permettent pas de répondre à un accompagnement personnalisé des résidents atteints de la MA ou de maladies apparentées.** Enfin j'exposerai dans la troisième partie, les différents axes stratégiques d'amélioration envisagés, les étapes relatives à mon projet en termes d'actions, d'évaluation, de suivi et les modes managériaux. En tant que cadre de service, je me suis donc interrogée sur la stratégie à mettre en place pour améliorer l'accompagnement de ce public vulnérable. Les enjeux de ma démarche sont de contribuer à une amélioration pérenne et continue des pratiques, à la mise en œuvre d'une organisation efficace et modulable. Ma mission de cadre est de solliciter et de convaincre la Direction à cette démarche afin de permettre à l'EHPAD de garantir le « *service rendu aux usagers* ».

PARTIE I : LE CONTEXTE

Dans cette première partie, je débiterai par des définitions autour de différents termes liés à la personne âgée. Je donnerai un aperçu historique et démographique afin d'avoir une représentation globale des personnes âgées dépendantes et plus particulièrement des personnes atteintes de démence. Enfin, je déclinerai l'évolution des politiques publiques en faveur de ce public pour terminer par le cadre multidimensionnel d'un EHPAD.

1 Définitions :

Personne âgée et vieillissement

Depuis la fin du 18^{ième} siècle « les vieillards » intègrent la catégorie des personnes de 60 ans et plus. En France, l'âge d'entrée dans la vieillesse correspond à l'âge d'éligibilité pour les droits à la retraite. La vieillesse est un âge relatif selon les époques et le contexte. De nos jours, une personne peut être âgée sans pour autant « être vieille » !

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « *D'un point de vue biologique, le vieillissement[...] correspond à une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et enfin le décès* »². Mais le processus de vieillissement varie aussi en fonction de paramètres sociaux et des parcours de vie de chaque individu. Ainsi toute personne, atteinte d'une maladie ou non, peut rencontrer à un moment donné des difficultés pour s'adapter à son cadre de vie.

Personne âgée et dépendance

Au fil des années, la notion de vieillesse s'apparente à la notion de dépendance. La personne âgée qualifiée de « grabataire, handicapée ou sénile » est nommée « dépendante » pour la première fois en 1973. Selon le gériatre Yves Delomier³ « *le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie* ». La loi du 30 juin 1975⁴ crée l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP). Elle a majoritairement profité aux personnes âgées. Mais la prise en compte de la dépendance par les politiques publiques débute en 1986 : le rapport Théo Braun et Michel Stourm relatif à l'étude « Les personnes âgées dépendantes » propose une assurance autonomie. Plusieurs propositions de loi se succèdent pour créer une allocation de dépendance. Le gouvernement Balladur propose

² OMS « Vieillesse et santé » aide-mémoire n° 404 septembre 2015, site visité en octobre 2016

³ « Le vieillard dépendant, approche de la dépendance » Gériatologie n°12, p9

⁴ Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées

en 1994, la Prestation Expérimentale Dépendante (PED) puis le gouvernement Juppé lance la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) en 1997. Elle se substitue en partie à l'ACTP car une Prestation de Compensation du Handicap est entrée en vigueur le 01/01/2006, issue de la loi du 11 février 2005⁵. La PSD, issue de la loi du 24 janvier 1997, définit la dépendance « *comme l'état d'une personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière* »⁶. Enfin le gouvernement Jospin la remplace, en 2001, par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). La notion d'autonomie apparaît mais ne modifiera en rien la définition de la dépendance. L'APA permet aux personnes âgées de plus de 60 ans, en perte d'autonomie, résidant à domicile ou en établissement de bénéficier d'une aide. L'évaluation de l'autonomie, réalisée au moyen de la Grille Autonomie Gériatrie Groupe Iso-Ressources (AGGIR)⁷, permet de définir un Groupe Iso-Ressources (GIR)⁸ allant de 1 à 6. Le GIR1 correspond aux personnes âgées les plus dépendantes et le GIR 6 aux personnes autonomes. Seuls les 4 premiers groupes ouvrent droit à l'APA. Elle permet au résident, en EHPAD, de régler le tarif dépendance.

Personne âgée et démence

L'OMS⁹ définit la démence comme « *un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive [...] Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement.[...] Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive* ».

Les démences revêtent plusieurs formes de dégénérescence du cerveau. Elles se caractérisent par des symptômes cognitifs (troubles de la mémoire, du langage, des gestes..) et des signes perturbateurs du comportement (hallucinations ; agitation ; agressivité ; anxiété, déambulation...) diminuant progressivement l'autonomie de la personne et sa communication avec autrui.

⁵ Loi n° 2005-102 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁶ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, journal officiel du 25/01/1997, article 2

⁷ Annexe 1 « Qu'est-ce que la grille AGGIR » p.51

⁸ Annexe 2 « Groupes Iso-Ressources » p.52

⁹ Aide-mémoire n° 362 Mars 2015.

Les démences¹⁰ les plus fréquentes sont par ordre décroissant :

La maladie d'Alzheimer, causée par un déficit progressif et irréversible des cellules nerveuses entraîne une perte inéluctable des fonctions cognitives (mémoire, langage, coordination, orientation temporo-spatiale, gnose, apraxie...).

La maladie à corps de Lewy, provoquée par des dépôts anormaux de « corps de Lewy » au niveau des neurones, débute par des troubles de l'attention et peu de problèmes de mémoire. Puis survient des chutes en arrière, des symptômes parkinsoniens, des hallucinations et une évolution vers la démence.

La démence vasculaire survient de façon brutale suite à un accident vasculaire cérébral entraînant un déficit d'un membre voire des troubles de la déglutition. Elle se définit par des troubles précoces de l'humeur, un état dépressif, des troubles mnésiques, de l'attention, du jugement ou de la parole.

Les dégénérescences fronto-temporales (notamment la maladie de Pick) liées à une atrophie des zones frontales et temporales du cerveau, se manifestent par des troubles du comportement et de la personnalité. La mémoire et le langage sont moins touchés.

La HAS recommande des tests afin d'évaluer le retentissement des troubles cognitifs, fonctionnels, psychiques et comportementaux sur les activités de la vie quotidienne.

Les tests¹¹ les plus couramment pratiqués sont « le Mini Mental State » de Folstein (MMS), « le test de l'horloge » et « le NPI-ES ». Ces évaluations permettent de mesurer les capacités restantes de la personne afin d'adapter leur prise en charge.

Les Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) : la notion de handicap est apparue dans les années 50 pour aboutir à la promulgation de la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées qui sera remplacée par la loi du 11 février 2005. Cependant la question du lieu de vie constitue une problématique pour les politiques publiques, lorsque celui-ci n'est plus adapté ou souhaité par la personne. Les ESMS sont de plus en plus enclins à accueillir des PHV. L'EHPAD est une des réponses envisagées par les orientations nationales.

L'évolution des notions de dépendance, démence et d'handicap marque un changement dans la société française. Je propose de faire un rappel historique sur l'évolution de la représentation et du mode d'hébergement de la personne âgée du 20^{em} au 21^{em} siècle.

¹⁰ Annexe 3 « Les démences » p.53

¹¹ Annexe 4 « Les tests de dépistage » p.55

2 Eléments historiques :

Les éléments historiques résumeront les évolutions marquantes des politiques de la vieillesse de 1945 au début du 21^{ème} siècle.

Avant 1945, les vieillards étaient pris en charge soit par les familles soit par les hospices. Il n'existait pas de politique en faveur de la vieillesse.

Dès la fin de la seconde guerre mondiale, les personnes âgées constituent pour les politiques un enjeu social. La création de la branche vieillesse de la sécurité sociale en 1945 suscite de nouvelles orientations.

Dans les années 60, les personnes âgées dépendantes physiquement ou économiquement étaient hébergées, au même titre que les indigents dans les hospices y compris celles atteintes de troubles cognitifs et désignées « vieillards, séniles mentaux, déments ».

La révolution industrielle entraîne une modification de la cellule familiale entraînant une remise en cause de l'accompagnement des aînés. Dès avril 1960, l'État français prend conscience de la problématique du vieillissement de la population et une commission d'études des problèmes de la vieillesse est constituée. Le rapport publié par la « Commission Laroque¹² » en 1962, établit les nouvelles orientations politiques en faveur des personnes âgées pour les vingt ans à venir. Il préconise de combattre le vieillissement par le maintien de l'activité, d'éviter l'exclusion et l'institutionnalisation.

Entre 1970 et 1989, les modes d'hébergement évoluent, les politiques publiques prônent le maintien à domicile des personnes vieillissantes et le développement des services à domicile. Dès 1983, la loi de décentralisation permet à l'Etat de confier aux départements ses compétences en matière d'aide sociale et d'aide aux personnes âgées.

En France dès 1977, la première unité de vie est créée sous la désignation de « CANTOU »¹³ (Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles) destinée aux personnes âgées souffrant de la MA. En Occitan, cela signifie « coin du feu ». L'objectif est de créer une ambiance chaleureuse et de préserver l'autonomie par le biais d'activités du quotidien (cuisiner, mettre la table...).

L'accueil, en institution, des personnes âgées est passé en quinze siècles de l'accueil des indigents à l'hébergement des personnes âgées dépendantes. L'évolution du vocabulaire a fortement évolué, les « asiles de vieux » deviennent des « maisons de

¹² Pierre Laroque désigné comme le « père » de la sécurité sociale en 1945 présidait cette commission

¹³ « Des Cantou d'hier aux unités de vie Alzheimer de demain » n°486 Mai/Juin 2002

retraite médicalisées » qui changent de statut avec la loi 2002.2¹⁴ pour devenir des « EHPAD ». Ces changements de vocables marquent bien que la société amorce une prise de conscience à l'égard de « nos Aînés ». Cette transformation se caractérise également par la modification d'indicateurs démographiques à l'échelon européen, national et départemental. La population d'aujourd'hui ne ressemble plus à celle d'hier.

3 Eléments démographiques

Au niveau européen

Selon Eurostat, l'office statistique de l'Union Européenne (UE), l'accroissement de la population âgée de + de 65 ans est une tendance constatée dans tous les pays de l'UE. Le nombre de personnes de 80 ans et + devrait doubler entre 2015 et 2080.

Au niveau national

L'allongement de l'espérance de vie (87.6 ans pour les femmes et 81.5 ans pour les hommes, prévision pour 2030 selon l'INSEE¹⁵) et le vieillissement de la population augmentent inéluctablement le degré de dépendance. Selon une projection de la population 2013-2070 pour la France, la population âgée de + de 75 ans serait 2 fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013. En 2012, les enquêtes¹⁶ de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques dénombrent 1.2 million de personnes ayant bénéficié de l'APA dont 40% résidants en établissement. En 2060, leur nombre doublerait. L'INSEE prévoit que le public accueilli, en EHPAD, passerait de 35 % à 37 % en 2040. Les personnes âgées en GIR 1 ou 2, c'est-à-dire très dépendantes accroissent régulièrement. D'autre part l'INSERM¹⁷, estimerait « + de 75% de cas de démence dans la population générale entre 2010 et 2030 et + de 200 % chez les plus de 90 ans, la maladie d'Alzheimer représentant 60-70 % de ces cas ».

Au niveau de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)

L'INSEE présage une augmentation de 57% de personnes de plus de 60 ans et plus de 118 % de personnes de plus de 80 ans en 2040. Elles représenteraient 34 % de la population régionale contre 25 % aujourd'hui.

Au niveau du département des Alpes de Haute-Provence

Les plus de 60 ans représenteraient en 2040, plus de 38 % de la population soit 1

¹⁴ La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹⁵ L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Résultats –n°187 du 3/11/2016.

¹⁶ « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 ».N°877, Février 2014 et « 693000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 » N°899, Décembre 2014.

¹⁷ L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. « La démence en 2030 », 01/07/2013.

personne sur 4 contre 34 % sur le plan régional. La prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur pour le département face à une population de plus en plus vieillissante et à l'essor des maladies neurodégénératives.

Le vieillissement de la population, l'augmentation de la dépendance et des démences démontrent que les EHPAD accueillent et accueilleront de plus en plus de personnes âgées et notamment celles atteintes de maladies neurodégénératives. Devant cette évolution, ils sont confrontés à une exigence incontournable : adapter l'offre d'accompagnement afin de répondre aux besoins évolutifs de la personne âgée démente.

4 Evolutions des politiques publiques en faveur des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées de 1962 à nos jours

Au regard du contexte historique, démographique, de la transformation de l'image de la personne âgée, vieillissante, dépendante et touchée par une maladie neurodégénérative, évoqué précédemment, une métamorphose s'opère caractérisée également par des réformes politiques que j'aborderai dès à présent.

Les années 60 ont marqué un changement significatif dans l'orientation des politiques publiques vis-à-vis des personnes âgées mais les questions liées aux démences émergeront véritablement dans les années 2000 avec une prise en charge spécifique orientée sur les besoins et attentes des personnes atteintes de la MA ou de maladies apparentée. A la fin du XIX^{ème} siècle, les psychiatres considéraient la démence comme une conséquence de la vieillesse. La MA décrite en 1906, par Aloïs Alzheimer¹⁸, admise comme une entité par Kraepelin¹⁹ en 1910, ne sera reconnue qu'en 1960 en tant que maladie. Sa reconnaissance sociale et politique demandera des mobilisations associatives, scientifiques, médiatiques et professionnelles. Dans son ouvrage Anne Meyer-Heine²⁰ souligne combien cette démence n'est devenue que depuis récemment un enjeu sociétal et politique à part entière. Les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et stigmatisées « vieillards séniles mentaux » étaient pris en charge à l'hospice. Ce n'est qu'en 1977 qu'apparaît un nouveau mode d'accueil avec les « CANTOU » rattachés à des structures de type EHPAD. Premiers pas vers un cadre de vie sécurisé, un équipement et des professionnels spécialisés.

¹⁸ Médecin psychiatre et neurologue allemand cf. Annexe 3 « Les démences » p.3

¹⁹ Ibid.

²⁰ Anne Meyer-Heine, Maladie d'Alzheimer, évolutions des dispositifs, des métiers, quelles politiques publiques ? Intellection 17.

Entre 1979 et 2000 les « vieux séniles » sont progressivement renommés « personnes âgées dépendantes psychiques ». Les pouvoirs publics commencent à prendre conscience de la problématique de la MA sans pour autant la nommer. Le docteur Ngatcha-Ribert, chargée d'études à la Fondation Médéric Alzheimer²¹, souligne que « *c'est le rapport Schopflin²² qui, le premier, évoquera le terme de maladie d'Alzheimer pour mieux le refuser* ». Il faudra attendre 1985 la création de l'association de familles « France Alzheimer » porte-voix des malades et des familles pour faire entendre les besoins auprès de l'opinion publique et des politiques. Les années 90 soulèveront le problème de la prise en charge inadaptée à l'hôpital psychiatrique et la question de lieu particulier pour ce public. En France, la MA a subi pendant longtemps des abnégations. Le rapport du Haut comité de santé publique publié en 1998, ne mentionnait ni la MA, ni la démence alors qu'au moins 500 000 français étaient déjà touchés. Sa médiatisation est venue des États-Unis par la publication d'articles concernant des personnalités politiques et du spectacle, atteintes par la maladie. En novembre 1994, Ronald Reagan disait « *J'entre aujourd'hui sur le chemin qui me mènera au crépuscule de la vie...* ».

En France le rapport²³ public du conseiller d'Etat, JF.Girard, sortira de son anonymat la MA. « *La maladie d'Alzheimer constitue de nos jours un défi collectif parmi les plus douloureux que notre société contemporaine doive affronter. Déjà perceptibles, les difficultés vont s'aggraver puisque les prévisions sont unanimes pour annoncer un nombre croissant de malades dans les deux prochaines décennies* ».

A partir d'octobre 2001 un certain nombre de dispositifs vont se succéder.

Un 1^{er} plan Alzheimer 2001-2004 visait à améliorer le diagnostic ; créer des « consultations mémoire ; soutenir et mieux informer les malades et leurs familles ; augmenter les places d'accueil de jour et améliorer les structures d'hébergement.

Un 2^{èm} plan 2004-2007 a poursuivi les mesures précédentes, reconnu la MA en affection longue durée par décret du 4 octobre 2004 et renforcé la médicalisation des maisons de retraite pour prendre en compte les spécificités de la maladie.

« Le Plan Solidarité grand âge » 2007-2012 a mis l'accent sur le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles du comportement. Les conséquences de la canicule en 2003

²¹ Première Fondation reconnue d'utilité publique consacrée à la maladie d'Alzheimer.

²² « Dépendance et solidarités - Mieux aider les personnes âgées » - Commissariat général au Plan - 1991.

²³ « La maladie d'Alzheimer » 31/12/2000 Auteurs : Girard Jean-François, Canestri Ana.

ont incontestablement induit une prise de conscience de la société. A ce propos, Philippe Douste-Blazy, ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, dira en septembre 2005 « *Il n'est plus question de la confondre avec une psychose ou des troubles du comportement* ».

Un 3^{em} plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 comportait 44 mesures dont l'axe 1 « *améliorer la qualité de vie des malades et des aidants* »; l'axe 2 « *connaître pour agir* » et l'axe 3 « *se mobiliser pour un enjeu de société* ». La mesure n°16²⁴ a permis la création, au sein des EHPAD, « *d'unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux* » : des Pôles d'Activités de Soins Adaptés (PASA) et des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR).

Le PASA accueille, durant la journée, des personnes présentant des troubles du comportement modérés tandis que l'UHR héberge des patients avec troubles sévères du comportement. Des activités sociales et thérapeutiques sont organisées, par un personnel dédié et formé, dans un cadre adapté et sécurisé afin de préserver les capacités restantes de chaque personne. La mesure n°20²⁵ a créé un nouveau profil de compétences, la fonction « *d'Assistant de soins en Gériatrie* »²⁶ (ASG). La mise en place de nouvelles stratégies publiques se poursuit, incitée par les associations œuvrant pour soutenir les malades et leurs familles.

La mesure 38 a permis de créer un Espace de Réflexion Ethique sur la MA (EREMA) et l'élaboration de « *la Charte Alzheimer éthique et société* »²⁷. Elle définit des références nationales à destination des établissements et des professionnels afin de les orienter vers une démarche de questionnement sur le sens et les valeurs de leurs pratiques à l'égard des usagers.

Un 4^{em} plan porté par M. Touraine « Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 » fixe 3 grandes priorités en matière de soins, de recherche et d'accompagnement.

Il vise à garantir un accompagnement personnalisé dans des lieux de vie adaptés, encadré par des professionnels motivés et formés à ces pathologies afin d'améliorer la qualité de la réponse apportée aux besoins de ces personnes.

La mesure 23 engage les ESMS à réévaluer leur PE, en définir les principes et les outils

²⁴ Annexe 7 « Mesure 16 du Plan Alzheimer 2008/2012 » p.71

²⁵ Annexe 8 : Axe 1/ Objectif n°6 Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels. p.72

²⁶ Annexe 9 Référentiel de la formation ASG. p.73

²⁷ Version d'Aix-En-Provence de 2011

destinés aux professionnels pour la réalisation des projets d'accompagnement.

Comme le souligne Cécile Delamarre²⁸, « *nous devons mettre un point particulier au développement d'outils qui nous permettront de collecter les informations nécessaires à un accompagnement bien traitant* » face à des personnes âgées atteintes de démence.

La loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, remplaçant la loi du 30 juin 1975²⁹, conforte la volonté politique de proposer des réponses en adéquation avec l'évolution des besoins, réaffirme la place prépondérante de l'utilisateur et « *sa participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement...* ». L'utilisateur devient acteur de son projet. Sept outils réglementaires sont exigés au sein des ESMS : livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, médiateur, conseil de la vie sociale et PE ou de service afin de garantir les droits des personnes. L'article 7 stipule notamment « *Le respect de sa dignité... une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, [...]* ».

Elle contraint les ESMS à « *[...] des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles...* » (art.L312-8 du CASF).

Une évaluation interne est exigée tous les 5 ans et une évaluation externe dans les 7 ans suivant l'autorisation ou son renouvellement.

La HAS³⁰ a pour but de renforcer la qualité et la pérennité de notre système de santé. Elle a publié des recommandations pratiques « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs* » en Mai 2009 et « *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge* » en Décembre 2011. Elle préconise une prise en charge plutôt orientée sur une approche globale et non médicamenteuse par des professionnels formés.

La HAS a coordonné le projet ALCOVE (Alzheimer Coopération Valuation in Europe) en 2011. Il « *visait à améliorer la connaissance sur les prises en charge des démences, à émettre des propositions sur les meilleurs moyens pour préserver la qualité de vie [...]* ».

²⁸ Delamarre Cécile, Démence et projet de vie, Dunod 2015, p85.

²⁹ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

³⁰ Autorité publique à caractère scientifique et créée par la loi du 13/08/ 2004 relative à l'assurance maladie.

L'ANESM, issue de la loi de financement de la sécurité sociale en 2007, a pour mission d'aider les ESMS à la préparation des évaluations internes et externes.

Elle a publié des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) relative à la bientraitance, au PP, aux personnes atteintes de la MA ou de maladies apparentées, sur la réflexion éthique et la « *qualité de vie en EHPAD* ».

Elles permettent, aux établissements et aux professionnels, d'avoir des repères et des bases de réflexion pour améliorer les pratiques professionnelles, la qualité des prestations et de l'accompagnement des différents publics accueillis. Elles permettent une démarche de questionnement « *en termes de bénéfices pour les personnes accompagnées et les professionnels* ».

Depuis la reconnaissance sociale, scientifique, politique et économique de la problématique d'accompagnement des personnes atteintes de démences, l'accompagnement s'est transformé, en quelques décennies, pour devenir également un enjeu de réflexion éthique. En m'appuyant sur le contexte démographique, les orientations politiques, les recommandations des agences publiques et la littérature scientifique, il est fort de constater que les ESMS, accueillants ces publics, doivent s'interroger sur leurs stratégies organisationnelles, fonctionnelles et leurs pratiques.

Ce public est au cœur du dispositif d'accompagnement dont l'enjeu central est l'amélioration continue de la qualité de vie à domicile ou en institution.

5 L'enjeu de l'EHPAD : répondre aux besoins et attentes des résidents et des familles

Avant de présenter la structure dans laquelle fait l'objet de mon mémoire-projet, il me paraissait intéressant de définir les caractéristiques essentielles relatives aux EHPAD.

a) Définition

Les EHPAD, anciennement dénommés maisons de retraite, appartiennent aux ESMS.

Ils relèvent de l'article L. 312-1 du CASF et sont habilités par l'Etat à recevoir des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie.

Le décret du 26/08/2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD stipule qu'ils « *Hébergent à temps complet ou permanent ou temporaire, des personnes âgées dans les conditions fixées à l'article D. 313-15 et fournissent à chaque résident, a minima, le socle de prestations d'hébergement prévu aux articles D.312-159-2 et D.342-3* ». L'EHPAD doit signer

depuis le 01/01/2017, un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) en contrepartie de financements et d'objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

b) Cadre réglementaire

Le CASF « regroupe les lois relatives au droit de l'action sociale et des familles ».

Le livre II traite des personnes âgées et le livre III des droits des ESMS.

L'Arrêté du 3 mars 2017 fixe le contenu du cahier des charges des CPOM prévu à l'article L.313-12 du CASF. Il mentionne « le développement de la qualité de prise en charge...l'accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles...

l'appropriation des RBPP (notamment la bientraitance)...la prise en compte dans chaque projet personnalisé des besoins et attentes des résidents... ».

L'article L314-2 du CASF modifié par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 58 (V) définit le financement ternaire des établissements :

« 1° un forfait global relatif aux soins prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents [...] arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé.

2° Un forfait global relatif à la dépendance, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents[...] fixé par un arrêté du président du conseil départemental et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-8 ;

3° Des tarifs journaliers afférents à un ensemble de prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil départemental, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités ».

La tarification³¹ s'articule autour de 2 évaluations, sous la responsabilité du MEDEC :

- l'évaluation de la perte d'autonomie se fait au moyen de la grille AGGIR et permet de définir un GIR pour chaque résident. Pour l'établissement, il permet d'établir le GIR Moyen Pondéré (GMP) et le forfait global relatif à la dépendance et aux soins.

Il servira également de base pour les demandes en dotation de personnel aux tutelles.

- l'évaluation des besoins en soins requis des résidents est réalisée à l'aide du référentiel « *PATHOS* ». Il évalue, à partir de situations cliniques observées, les soins

³¹ Décret n°2013-22 du 08/01/2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les EHPAD.

médico-techniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies du public accueilli. Une cotation des besoins en soins du résident est exprimée sous la forme de points permettant le calcul du Pathos Moyen Pondéré (PMP) qui déterminera uniquement le forfait global relatif aux soins.

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (Loi ASV) du 28/12/2015 réforme la tarification, initiée en 2009, et la contractualisation des EHPAD. L'article 58 oblige depuis le 01/01/2017, les EHPAD à signer un CPOM qui se substitue à la convention tripartite. Il est conclu, tous les 5 ans, entre le Directeur de l'établissement, le Président du Conseil Départemental et le Directeur Général de l'ARS. Plusieurs EHPAD, sous réserve de l'accord des conseils départementaux, peuvent s'associer. Il fixe les obligations respectives des signataires, les modalités de suivi et les objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et de soins palliatifs.

c) Missions

Les EHPAD accompagnent et préservent l'autonomie des résidents par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la blanchisserie, la restauration, l'animation et les soins. Selon le Décret du 26/08/2016 (cité précédemment), les EHPAD :

« Proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée ; Mettent en place avec la personne accueillie et le cas échéant avec sa personne de confiance un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies ; ».

d) Le public accueilli est âgé de + de 60 ans ou moins sauf dérogation et doit être dépendant. Dans son article 348, le code de la sécurité sociale stipule *« Est considéré comme dépendance[...] l'état d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience[...] a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce pour les actes essentiels ».*

e) Organisation

L'EHPAD est constitué par une instance décisionnelle le Conseil d'Administration (CA), une instance consultative d'expression et de participation des usagers et des familles, le Conseil de la Vie Sociale (CVS), une Commission de Coordination Gériatrique regroupant tous les professionnels de santé intervenant dans l'établissement

et l'instance exécutive constituée par l'équipe de direction. L'EHPAD « *dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur[...], un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques...* »³²

SYNTHESE PARTIE I

Cette première partie m'a permis de dégager plusieurs constats :

La prise en compte des politiques en faveur des personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives a véritablement émergé il y a une quinzaine d'années au regard d'une évolution de la représentation et des modes d'hébergements de la personne âgée dépendante, de l'augmentation de l'espérance de vie, de la dépendance et du nombre des personnes atteintes de la MA ou de maladies apparentées. La personne âgée « démente » est devenue un enjeu sociétal, politique, éthique et économique.

Outre les nouvelles exigences réglementaires auxquelles est soumis l'EHPAD et l'augmentation du nombre d'entrées de personnes âgées atteintes de démence, l'EHPAD est confronté à des nécessités incontournables : ajuster, évaluer, améliorer son mode d'organisation et de fonctionnement, ses pratiques professionnelles et les outils mis en place afin de promouvoir un accompagnement efficient qui soit à la fois adapté, personnalisé et évolutif pour répondre aux besoins et attentes de ce public spécifique.

La deuxième partie de mon travail sera donc consacré au contexte institutionnel de l'EHPAD. Il me permettra d'établir un bilan de l'existant que je croiserai avec les données de ma recherche, abordée précédemment, pour identifier des constats.

PARTIE II : L'EHPAD « Les Jardins Du Cigaloun »

1 Présentation

L'établissement, créé le 04/10/2010, est situé à Volx dans le département des Alpes de Haute-Provence. Ce projet, né d'une volonté familiale « *d'apporter un soutien caritatif aux personnes âgées* » a débuté avec la création en 1950 de l'association « Nos vieux jours ». Le responsable légal de cette structure privée à but lucratif est le gérant, Monsieur Boucraut Jacques. Le directeur est Monsieur Boucraut Stéphane, son fils. Ce lien de parenté n'engendre pas de problème ni de gouvernance ni de dirigeance.

³² Décret n°2016-1164 du 26/08/16 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD

Sa capacité de 81 places³³ comprend 1 place en hébergement temporaire³⁴, 5 places habilitées à l'aide sociale et 14 lits au sein de l'unité protégée Alzheimer.

2 Eléments de cadrage

Cadre règlementaire : les missions, l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'établissement se réfèrent aux textes législatifs et règlementaires ainsi qu'aux recommandations de l'ANESM et de l'HAS, traités précédemment.

Missions et objectifs : la politique de l'établissement doit être explicitée dans son PE en référence au cahier des charges défini dans l'annexe I de l'arrêté du 26/04/1999, stipulé à l'article L. 311-8 du CASF et modifié par la loi ASV- art 58 « *Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.[...] Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale[...]* ». Avec cette loi, le PE devient une garantie de droit pour la personne accueillie et de facto l'organisation est au service de l'intérêt de l'utilisateur.

Les valeurs de l'établissement et les missions présentées dans son PE 2016/2020, découlent des valeurs défendues par la Direction : une démarche de la bientraitance, une charte nommée « *Aqui Sian Ben* » signifiant en provençal « *ici on est bien* » le développement de la qualité de vie, la prise en compte des dimensions du bien-être, du confort moral et physique de chaque résident et de son expression.

Les enjeux de l'EHPAD sont : de garantir les droits individuels pour chaque résident et de prévenir les risques liés à sa vulnérabilité. Améliorer la prise en charge non médicamenteuse des personnes ayant des troubles du comportement et maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne pour chaque personne accueillie. Adapter l'accompagnement dans les situations de dépendance et prendre en compte la personnalisation des besoins et attentes notamment en garantissant le droit à la participation directe du résident à la conception, la mise en œuvre et le suivi du PP.

³³ Arrêté n°2007-1725 du 6/08/2007 modifié par arrêté n°2009-2451 du 17/11/2009

³⁴ Issu de la loi 2002.2 et du décret du 17/03/2004 (articles D.312-8 à D.312-10 du CASF)

Les orientations territoriales : le PE s'inscrit dans le Projet Régional de Santé PACA 2012-2017 et le Schéma Départemental en faveur des personnes âgées des Alpes de Haute Provence 2015-2017. L'axe 3 prévoit « *d'optimiser l'offre de service en l'adaptant aux besoins spécifiques des personnes âgées* » par l'action n°13 « *promouvoir une prise en charge de qualité en Ehpad* » et l'action n°14 « *créer des unités de vie pour les personnes handicapées vieillissantes au sein des EHPAD* ».

La convention tripartite a été signée le 01/10/2010 pour la période 2010/2014. Un avenant du 01/12/2014 avait pour objet la prorogation jusqu'au 30/09/2016 et la redéfinition des moyens accordés à l'établissement. En vue d'améliorer la prise en charge des résidents des postes supplémentaires ont été octroyés. La structure s'est engagée à effectuer un bilan des objectifs de la convention tripartite. Une visite de l'ARS est prévue courant 2017.

Les démarches d'évaluation et l'amélioration continue : la 1^{ère} évaluation interne date de 2014. L'évaluation externe en date du 08/12/2015 a eu pour conséquence directe la démission du MEDEC. Néanmoins la structure a su rebondir avec l'embauche très rapide d'un nouveau médecin réactif et investit dès sa prise de poste. A ce jour, l'établissement souhaite s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue et mettre en œuvre les préconisations recommandées suite aux évaluations. Un Comité de Pilotage (COPIL) s'est réuni, en janvier de cette année, afin d'organiser le travail et d'élaborer un plan d'action global. Il m'a été demandé de réaliser une synthèse pour identifier et regrouper les différents axes de travail relatifs aux évaluations et au nouveau PE. Une coopération avec les usagers et les familles existent réellement au sein de la structure à travers le CVS (3 à 4 réunions par an) et les enquêtes annuelles de satisfactions. Le rapport d'évaluation externe souligne que les familles « se disent satisfaites de l'accompagnement ».

3 Caractéristiques du public

L'EHPAD accueille des personnes âgées dès 60 ans, dépendantes physiquement et/ou psychiquement. Plus de la moitié des résidents admis dans l'institution proviennent de leur domicile avec une priorité donnée aux personnes originaires de la commune.

Les autres personnes arrivent d'un autre établissement ou de l'hôpital quand le retour à domicile est devenu impossible. Au 5/07/2016, les femmes représentent 74% des résidents soit 60 résidents sur 81 et les hommes 26 % soit 21 résidents. L'âge moyen se

situé à 88 ans, 11 mois et 12 jours. Au 05/07/2016, 49 % des résidents sont dans un GIR 1-2. Les besoins en soins dans l'EPHAD ont évolués. Le GMP est passé de 671 en 2012 à 675 en 2016 et le PMP validé en août 2014 était de 195.

Selon la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ³⁵ les besoins en soins des résidents des EHPAD en France ont augmenté en cinq ans. Le GMP est ainsi passé de 677 à 717, « *signe que la dépendance des résidents s'accroît* ». Le PMP est passé de 181 à 198, « *signe que la charge en soins s'alourdit* ». Les résidents présentent des poly-pathologies dont les plus fréquentes sont des affections cardio-vasculaires, ostéo-articulaires et des maladies neuro-dégénératives. Environ 59 % sont atteints de démence dont 31 % sont atteints de la maladie d'Alzheimer.

4 Organisation

Les locaux et services

Le bâtiment comprend 4 unités de vie. Au rez de chaussé « le château » (8 chambres) et « Les Oliviers » l'unité protégée Alzheimer nommée « CANTOU » (14 chambres).

Cet espace n'est pas labellisé UHR. Au premier étage « Les lavandes » et « La Durance » (59 chambres).

L'EHPAD est doté de services administratifs, logistiques et médicaux. Il sous-traite la gestion de l'hôtellerie et la gestion du linge des résidents à la société Initial ainsi que la restauration auprès de la société Elior.

L'organigramme³⁶

Centré sur la responsabilité de la Direction, il a un lien hiérarchique direct avec l'ensemble du personnel. Le MEDEC et l'IDE Coordinatrice (IDEC) sont responsables des soins. Il permet aux personnels de repérer leur position au sein de la structure et de comprendre les circuits décisionnels.

Les effectifs³⁷

L'établissement compte 34 salariés dont 32.5 Emplois Temps Plein (ETP). L'avenant à la convention tripartite, signée en janvier 2014, a permis d'accorder le financement de 2 ETP IDE, 2 ETP d'aides-soignants qualifiés (ASQ) et 0.4 ETP de psychomotricienne. Des professionnels externes indépendants interviennent : médecin traitant, pédicure,

³⁵ Créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

³⁶ Schéma 1 « L'organigramme » cf. Table des schémas et tableaux p.75

³⁷ Tableau 2 « Les effectifs » cf. Table des schémas et tableaux p.76

kinésithérapeute, coiffeuse, orthophoniste et esthéticienne.

Les partenariats liés aux missions

L'établissement s'est inscrit dans un réseau sanitaire et médico-social. Des conventions ont été signées avec l'hôpital de Manosque, l'équipe mobile de soins palliatifs, l'Hospitalisation à Domicile d'Aix-En-Provence et l'association ASP04. Une bénévole intervient auprès de résidents consentants qui éprouvent un besoin de soutien moral.

Un partenariat local à visée sociale avec la crèche et le collège de la commune de Volx (invitation des enfants 1 à 2 fois par an pour le goûter). Un partenariat avec l'EHPAD, « Les jardins d'Haïti », permet de mutualiser les achats en animation et des échanges entre les 2 animateurs.

La communication externe repose sur un partenariat avec la presse locale, un site internet, une parution dans divers annuaires, moteurs de recherche et une plaquette de présentation. Ces supports contribuent à la notoriété et l'identification de la structure.

5 Organisation interne de l'offre de service

a) Les modalités d'admission

L'établissement a élaboré une procédure d'admission écrite :

Une visite de préadmission, l'IDEC et la psychologue rencontrent le futur résident. Son consentement éclairé est systématiquement recherché. Un compte-rendu est rédigé et transmis aux équipes soignantes. Un dossier d'admission est remis à la personne et/ou sa famille.

Une phase d'admission, le MEDEC donne automatiquement son avis sur l'entrée d'une personne mais la décision finale est validée par le Directeur en réunion de direction pluridisciplinaire tous les lundis.

Les critères d'admission, le risque de fugue, la déambulation et les troubles de démence constituent les critères d'inclusion dans le secteur protégé. Cependant si la personne cumule plus de 3 troubles, elle ne pourra pas intégrer le secteur afin de ne pas perturber les autres résidents. Pour l'ensemble de l'établissement les pathologies psychiatriques avec violence/agressivité envers autrui ou à tendances suicidaires chroniques sont des critères de non-inclusion.

Les critères de sortie du secteur protégé, en cas d'aggravation de l'état physique et/ou psychologique d'un résident, une sortie du secteur sera décidée de façon collégiale entre l'équipe de direction, le résident dans la mesure du possible et sa famille.

Dès l'admission du résident, les outils³⁸ de protection des droits des usagers lui sont remis à savoir le règlement de fonctionnement, le livret d'accueil, le contrat de séjour et la charte. La psychologue rencontre le résident afin de faciliter son intégration dans son nouveau lieu de vie. Elle remplit avec lui le dossier de vie sociale³⁹ où sont recueillis son parcours de vie, ses habitudes, préférences et centres d'intérêts. Une référente accueil (ASQ ou AMP ou IDE) désignée pour un mois, favorise les repères et recueille les besoins et attentes du résident.

Dans le mois suivant la psychologue et la psychomotricienne font une évaluation cognitivo-comportementale au moyen de tests, abordés en partie I, chez tous les résidents présentant une démence avérée ou une suspicion.

Un bilan médical est réalisé par le MEDEC en lien avec le médecin traitant. Tous les résidents ont un projet de soins informatisé comprenant un dossier médical et un dossier de soins où sont définis les soins paramédicaux, les aides à la vie quotidienne et les objectifs de soins en accord avec les besoins de la personne ainsi que son consentement éclairé. L'évaluation gériatrique permet à la fois de déceler les problèmes multidimensionnels de la personne au niveau physique, psychologique et social mais aussi de définir les objectifs, les actions adaptées et personnalisées pour chaque résident. Cette évaluation est étroitement liée avec le PP et l'alimente. Une dynamique récente a été constatée autour de l'élaboration des PP par les évaluateurs externes. Néanmoins, ils ont constaté un retard dans l'élaboration des PP et une absence de référents PP.

b) Le projet de vie personnalisé

Une procédure d'élaboration, de suivi et d'évaluation du PP a été rédigée par la psychologue et transmise à l'ensemble du personnel concerné.

La mise en place de référent « accueil ». Les ASQ et les IDE de jour seront référentes d'environ 5 résidents. Dans la mesure du possible le choix se fait en fonction des affinités et du consentement du patient et de sa famille. Les ASQ et les IDE de nuit transmettront à la psychologue, d'éventuels troubles du sommeil ou une déambulation nocturne constatés.

La procédure se déroule en 2 étapes distinctes.

→La première étape : la référente « accueil » réalise un recueil de l'histoire de vie, des

³⁸ Les outils issus de la Loi 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

³⁹ Cf. Annexe 5 Projet personnalisé « Dossier de vie social » p.64

habitudes et préférences du résident. La psychologue le complète avec les données de la visite de préadmission et retranscrit une synthèse sur le logiciel.

→ La deuxième étape est consacrée à des temps de réunion pluridisciplinaire. Pour chaque nouveau résident, une réunion de PP⁴⁰ « initiale » est organisée au bout d'un mois avec le résident, sa famille, le référent « accueil », la psychologue, l'IDEC, le Directeur, la psychomotricienne, l'animatrice, le MEDEC et la responsable hébergement. Elle permet à la fois de faire un bilan des premières semaines passées dans l'établissement pour le nouveau résident et de définir et mettre en place les objectifs d'accompagnement et d'amélioration. Un avenant au contrat ⁴¹ est signé comprenant les objectifs de prise en charge fixés lors de la rencontre. Un compte-rendu est affiché dans la salle des transmissions et placé dans le classeur des PP.

Afin de combler le retard, constaté par les évaluateurs externes et l'importance de se mettre en conformité avec l'exigence d'un PP pour chaque résident, une réunion hebdomadaire est programmée afin de réaliser les projets des résidents présents dans l'établissement depuis plusieurs années. De la même façon, des objectifs seront fixés et retranscrits dans un avenant au contrat. Enfin chaque nouveau PP, élaboré, sera réévalué à 6 mois et 1 an. Par la suite, le projet sera réévalué tous les ans.

Le recueil des besoins est l'axe essentiel au sein de la structure pour offrir une prise en charge adaptée aux habitudes de vie et aux besoins du résident.

Rôle de la psychologue

Actuellement à 0.60 ETP, ses missions sont stipulées dans le PE « *identifier et recenser les besoins des résidents ; proposer un encadrement pédagogique des personnels ; mettre en place et réaliser les PP...* ».

Rôle du médecin coordonnateur

Recruté en juin 2016, suite à la démission du médecin précédent, son temps de présence est de à 0.5 ETP. Ses fonctions sont énoncées dans le PE indiquant qu'il « *développe l'information et la formation aux équipes professionnelles...* ». L'article D312-158 du CASF, modifié par Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 lui définit 13 missions. Article 2, alinéas 7° « *Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé* » de l'EHPAD,

⁴⁰ Cf. annexe 5 Projet personnalisé « réunion projet personnalisé initiale » p.57

⁴¹ Cf. Annexe 5 Projet personnalisé « Avenant au contrat » p.59

alinéas 11° « *Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologique coordonnés [...]».*

Rôle de la cadre de santé

En référence au décret n°95-926 du 18/08/1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, le PE indique que « *le cadre n'est pas celui qui "fait à la place des autres", ni "celui qui fait faire" mais plutôt celui qui organise les conditions pour que son équipe "puisse faire"».* Ses missions sont notamment de « *collaborer avec le MEDEC, les autres membres de l'encadrement, les intervenants externes et le directeur pour assurer une bonne coordination de la prise en charge* » ; « *évaluer de façon annuelle le personnel* » ; « *mettre en place les formations avec le directeur* ».

En tant que cadre intermédiaire stagiaire, je me suis appuyée sur le PE et les textes législatifs où sont définies les missions et fonctions du MEDEC, de l'IDEC faisant fonction de cadre de santé et de la psychologue afin d'étayer mon questionnement relatif à l'amélioration de l'accompagnement des résidents atteints de démence. J'ai constaté à plusieurs reprises que la procédure des PP et les missions du personnel d'encadrement différaient en plusieurs points de la procédure de terrain observée. A ce titre, une partie de mon mémoire sera consacrée aux constats c'est-à-dire aux écarts identifiés entre les attendus et la réalité.

c) Accompagnement des personnes présentant des démences

Une grande majorité des résidents sont atteints de maladies neurodégénératives et doivent bénéficier de la mise en place d'un accompagnement adapté et personnalisé tel qu'il est prévu par les instances politiques et les recommandations de l'ANESM.

Quel accompagnement est organisé et proposé au sein de l'EHPAD ?

Afin de faire une description la plus conforme de l'accompagnement existant des résidents atteints d'une démence, j'ai recueilli des observations sur le terrain, l'expression des professionnels au cours d'échanges et parcouru divers documents de l'EHPAD (PE/fiches de poste/PP...). Cette étape m'a permis de faire des constats et de poser un diagnostic révélant les forces et faiblesses internes à la structure ainsi que les opportunités et risques externes. Cet exposé sera abordé en fin de chapitre. Je vais maintenant vous décrire l'accompagnement des résidents atteints de démence au sein du secteur protégé puis dans les autres secteurs de la structure.

→ Les résidents du « CANTOU » :

Les soins de bases (toilettes, nursing, habillage..) sont réalisés par le binôme AMP/ASQ. Les habitudes de vie de chaque résident et les soins sont accomplis dans le respect, la dignité et en fonction des troubles comportementaux du moment.

Les toilettes sont effectuées par les soignants. Aucune toilette thérapeutique n'est organisée.

Un agent de service hôtelier (ASH) assure l'hygiène des locaux, le service des repas, l'aide à la prise des repas (uniquement en présence d'un soignant) et veille au confort et bien-être des résidents et des familles.

Les repas sont collectifs. La mise en place des tables est effectuée par l'ASH ou l'équipe. Une aide partielle ou totale au repas est proposée pour certaines personnes.

Le personnel présent stimule oralement les personnes mais prend rapidement le relais faute de temps. La psychomotricienne organise de temps en temps des repas thérapeutiques mais ils ne sont pas poursuivis par l'équipe.

Les professionnels non dédiés au secteur (IDE, kinésithérapeutes...) interviennent quotidiennement pour des soins spécifiques (médicaments, pansements, rééducation...).

Animation et activités thérapeutiques : tous les résidents sont accompagnés dans la pièce de vie du service où une télévision fonctionne quasiment non-stop. Le choix des programmes se fait aléatoirement le plus souvent. Des jeux sont à disposition dans une panier. Un projet thérapeutique avec l'adoption d'un chien « Sully » a été mis en place afin de confier à certains résidents ses repas et promenades. Mais faute d'organisation, il n'a pas été suivi. Cependant Sully est resté aux côtés des résidents et vit aux rythmes de l'EHPAD. De temps en temps des animations sont organisées par l'équipe mais cela reste rare bien que des temps dédiés, des fiches d'activités et du matériel existent. L'animatrice n'intervient pas dans ce secteur mais elle prend de temps en temps des résidents, en fonction des animations du jour. L'ensemble des résidents et des familles est convié aux événements festifs (Noël, Pâques, réunion annuelle des familles...).

La fiche de poste des ASQ/AMP a été actualisée récemment à la demande des équipes de jour et de nuit afin d'améliorer l'organisation et le fonctionnement de chaque secteur. Néanmoins les temps dédiés aux activités thérapeutiques ou sociales ne sont ni organisés ni planifiés. Les journées sont ponctuées par les repas, les soins et les visites des familles. La psychomotricienne organise des ateliers de motricité tous les 15 jours.

→ Les résidents atteints d'une démence dans les secteurs ouverts :

Les soins de bases sont prodigués par l'équipe d'ASQ/AMP. Aucune toilette thérapeutique n'est organisée. Les soins techniques des professionnels s'enchaînent.

Les repas : les petits déjeuners sont pris en chambre. Les repas se déroulent au restaurant, situé au rez-de-chaussée, réservé uniquement aux personnes ne présentant pas de démence à un stade modéré ou avancé avec des troubles du comportement perturbateurs. Les autres résidents mangent dans la pièce de vie à l'étage.

La psychomotricienne intervient également de façon irrégulière pour des repas thérapeutiques. L'équipe soignante aide et stimule verbalement les résidents au cours des repas mais elle n'organise pas ni ne participe aux repas thérapeutiques.

Animations et activités thérapeutiques

Les résidents ne mangeant pas au restaurant sont installés devant la télévision jusqu'à l'heure du repas. Les autres personnes sont accompagnées au rez- de- chaussée où chaque matin la lecture du journal est faite par l'animatrice. L'après-midi se décline en temps de siestes, soins divers, goûters, visites des familles et activités d'animation jusqu'aux repas du soir et installation pour la nuit. L'animatrice, présente 5 jours sur 7 dont 2 dimanches par mois, élabore et organise seule les animations. Un programme hebdomadaire est affiché à l'accueil, dans les ascenseurs et disponible sur le logiciel pour le personnel. Lors des absences de l'animatrice, les activités sont quasiment inexistantes. Seule une ASQ volontaire prend le relais 1 week-end sur 2 si l'équipe soignante est en nombre suffisant. Le PE rappelle les missions de l'animation :

« Maintenir l'autonomie, stimuler les capacités cognitives, proposer des activités à but thérapeutique, adapter des activités à chaque résident ... ».

La participation des résidents est basée essentiellement sur un mode volontaire et collectif. L'animatrice n'intervient pas sur l'élaboration des PP. Néanmoins elle participe au CVS lui permettant ainsi de modifier ses activités. Elle gère un budget et travaille en collaboration avec l'animateur de l'EHPAD « Les jardins d'Haïti » afin de mutualiser les achats et échanger des idées. La psychomotricienne propose, 3 après-midis par semaine, des activités individuelles et collectives à tous les résidents et secteurs confondus. En fonction des objectifs définis, via le bilan psychomoteur, des activités ciblées sont proposées spécifiquement à des résidents.

d) Compétences et qualification des professionnels

Tous les professionnels détiennent des diplômes adéquats à l'exercice de leur fonction.

Des formations ont été organisées notamment en 2013 sur la MA et la stimulation cognitive (ASQ/IDE /ASH) ; en 2014 sur le développement du bien-être en EHPAD ; en 2015 sur le concept « Humanitude »⁴² (ASQ et IDE) et en 2016 sur la prévention de l'usure professionnelle.

A ce jour, le renouvellement des effectifs est de 80% pour les ASH, 50 % pour les IDE et 75 % pour les ASQ. Les entretiens annuels d'évaluation sont effectués par l'IDEC. Le rapport d'évaluation externe mentionne l'absence de formation dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC⁴³) et un manque de suivi de la formation.

e) La dynamique du travail en équipe

Des temps d'échanges sur le fonctionnement opérationnel de l'EHPAD sont organisés.

Une relève a lieu le matin et le soir afin de transmettre des informations utiles lors des changements de prise de poste des IDE/ASQ/AMP. Une réunion de transmissions orales concernant les résidents se tient chaque jour à 14h pour l'ensemble des soignants en présence de l'IDEC, de la responsable hôtellerie et selon les jours de présence du MEDEC/de la psychologue et de la psychomotricienne. Tous les professionnels y compris les stagiaires possèdent un code d'accès pour utiliser le logiciel de soins. Une formation a été organisée et est réalisée pour chaque nouvelle personne. Toutes les informations et transmissions ciblées relatives à chaque résident sont tracées dans le logiciel. Néanmoins une majorité du personnel rencontre des difficultés dans la maîtrise du logiciel, une culture de l'oral est plus présente que la culture de l'écrit comme le souligne le rapport de l'évaluation externe.

A ce jour, il n'existe pas de temps d'analyse des pratiques professionnelles ni d'échanges pluridisciplinaires ou de réflexions éthiques.

Des rencontres informelles entre IDE ou ASQ existent mais aucun compte- rendu n'est tracé ni transmission n'est faite à l'IDEC ou au Directeur.

Les éléments de contexte politique et sociodémographique évoqués, l'étude de l'environnement interne de la structure (observations de terrain, les échanges avec les professionnels et l'équipe d'encadrement, les documents parcourus) le cadre

⁴² Concept déposé Yves Gineste et Rosette Marescotti, basé sur la bientraitance et les règles de l'art dans le soin.
Cf. Annexe 6 p.70

⁴³ Décret n° 2016-942 du 08/07/2016 relatif à l'organisation du DPC des professionnels de santé.

règlementaire en vigueur, les recommandations des agences publiques et des références littéraires m'ont permis de poser des constats que j'aborderais dans cette partie de mon travail. Ces constats sous entendent les écarts identifiés entre la réalité et les attendus en lien avec la problématique d'adaptabilité de la structure relative à son organisation et ses pratiques existantes au regard de l'accompagnement des résidents atteints de démence.

6 Constats et analyse

Les constats s'articulent autour de 2 axes stratégiques : l'organisation du « CANTOU » et les pratiques professionnelles au sein de la structure.

L'organisation est un fondement essentiel au bon fonctionnement de tout ESMS ainsi qu'un repère fondamental pour l'équipe d'encadrement et les professionnels.

Axe 1 L'organisation du « CANTOU »

Les modalités de fonctionnement du « CANTOU » restent floues pour le personnel.

Les professionnels n'arrivent pas à maintenir un fonctionnement stable. Les activités en termes d'animation et thérapeutiques ne sont ni organisées ni planifiées, demeurent fluctuantes et peu adaptées aux résidents. Les soins de bases sont programmés selon la fiche de poste du personnel dédié au secteur mais la culture du soin est plus orientée sur la technicité des soins que sur une approche globale de la personne. Je constate un cloisonnement des différents corps de métier qui freine les équipes dans leur démarche d'accompagnement des résidents au quotidien. Il n'existe pas de temps de réflexion inter équipes ou pluridisciplinaires pour parvenir à un mode d'organisation pérenne et partagé par tous. Les quelques activités à visées thérapeutiques organisées par la psychomotricienne ne sont pas reconduites par le personnel dédié au secteur. Le matériel, pour l'animation et les activités à but thérapeutique, n'est pas utilisé. Malgré la présence régulière des familles, une animatrice motivée et disponible, des professionnels en nombre, les activités sont inexistantes aux détriments des usagers.

Il n'y a pas de bénévoles intervenants dans l'établissement. Le personnel est motivé et prêt à s'investir mais selon leurs ressentis exprimés une guidance et une réorganisation du service amorceraient une prise d'initiatives et les rassureraient.

Axe 2 Les pratiques professionnelles au sein de l'EHPAD

En croisant toutes les données, j'ai mis en évidence des constats, classés en 2 thèmes :

→Premier thème : le projet personnalisé

Le rapport d'évaluation externe révèle un manque de sensibilisation et d'appropriation des RBPP pour construire étape par étape le PP. Le personnel n'a pas pris conscience ni du sens ni de son intérêt et ne l'utilise pas au quotidien. Dans sa RBPP⁴⁴, l'ANESM précise que « *le processus à mobiliser[...] véritable apprentissage[...] représente la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face aux risque d'une approche standardisée qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation* » et qu'il « *nécessite plusieurs phases[...] objectivation des éléments d'analyse[...] co-construction...avec les différentes parties prenantes[...] fixation d'objectifs et d'une programmation d'activités, moyens alloués[...]* ».

J'ai bien identifié une procédure de réalisation des PP néanmoins elle reste peu explicite et plutôt commune à tous les résidents touchés ou non par une démence. Le recueil des besoins en termes d'animation n'est pas réalisé. Les personnels soignants et non soignants intervenants auprès du résident ne sont pas tous impliqués dans l'élaboration du PP. Cependant le résident et sa famille sont intégrés dans la démarche projet de l'admission jusqu'à la formalisation du PP. Je constate que la démarche est en décalage avec la RBPP⁴⁵ de l'agence qui recommande de solliciter les divers professionnels afin de « *parvenir à une analyse partagée au sein des équipes [...] pour aboutir à un consensus* ». D'autre part, elle conseille la mise place de référent « *garant de la démarche...interlocuteur privilégié des parties prenantes* » qui « *veille au bon déroulement des phases du projet et à la cohérence des interventions* ». La psychologue est responsable de l'ensemble de la démarche des PP. Des référents « accueil » sont désignés pour la phase d'admission et d'intégration du nouveau résident jusqu'à la réunion de projet initiale. L'établissement répond bien à l'exigence des objectifs généraux formalisés par écrit, signés par le résident ou son représentant légal dans l'avenant au contrat mais il n'existe pas de projet d'accompagnement comprenant des objectifs opérationnels, un plan d'actions et des moyens pour y parvenir. Dans ce contexte, je constate que l'absence de formalisation du projet d'accompagnement freine les équipes dans leur travail quotidien, suscite une perte de sens de leurs actions et ne permet pas un accompagnement adapté et personnalisé afin de répondre aux besoins et

⁴⁴ « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », (décembre 2008), RBPP, p1, 20.

⁴⁵ Ibid. p 23 et 24

attentes des usagers et des familles.

→ Deuxième thème : l'accompagnement des résidents atteints de démence

J'ai mis en évidence, dans le contexte externe, que les éléments démographiques, les orientations et obligations politiques en faveur de l'accompagnement de ce public exigeaient que l'EHPAD s'adapte à cette évolution et se questionne sur le « service rendu aux usagers ». Les RBPP sont donc des repères fondamentaux lui permettant d'avoir un regard critique sur ses pratiques et d'impulser une réflexion en termes d'accompagnement.

J'ai classés les constats en 4 catégories :

1) La formation des personnels : bien que les professionnels soient diplômés, qu'une formation sur la MA en 2013 et une formation sur le concept d'Humanitude en 2015 aient été suivies, le renouvellement des effectifs à 50% pour les IDE, 75% pour les ASQ nécessiterait une reconduction de ces cursus. Le rapport d'évaluation externe mentionne que la prise en charge des résidents du « CANTOU » est « *insuffisante et laisse visiblement démunis certains professionnels* ». Le manque de connaissances théoriques et pratiques des professionnels impactent la pertinence de l'accompagnement de ce public. Mes échanges avec les professionnels ont confirmé leurs difficultés d'interventions auprès des résidents atteints de démence. D'autre part, l'établissement ne s'est pas mis en conformité avec le DPC. Aucun personnel n'est inscrit à ce jour à cette obligation triennale. Malgré les besoins et souhaits exprimés lors des entretiens individuels organisés annuellement et le rapport d'évaluation externe, la Direction et l'IDEC n'ont pas, à ce jour, planifié ou anticipé de formations spécifiques, ni sollicité la société ELYOR pour sensibiliser leur personnel ASH à l'approche de ces résidents (le renouvellement des effectifs est de 80%). L'animatrice n'a suivi aucune formation relative à l'animation des personnes souffrant de démence. L'anticipation des besoins en formation permettrait d'actualiser et d'améliorer les compétences mais également de développer de nouvelles compétences dans une perspective d'accueil de personnes âgées avec un handicap mental. Il me semble indispensable qu'une formation de base commune pour tout le personnel intervenant avec ce public soit organisée afin d'unifier les pratiques. Une formation spécifique pour le personnel du « CANTOU » permettrait de consolider et développer leurs compétences et d'améliorer leurs pratiques afin que l'accompagnement des résidents soit plus adapté et personnalisé.

2) Les pratiques professionnelles : J'ai constaté qu'aucun temps dédié à l'analyse des pratiques inter-équipe et interdisciplinaire n'était organisé malgré un besoin exprimé par les professionnels lors des transmissions et par le rapport d'évaluation externe.

Des pratiques différentes génèrent des tensions inter-équipes et interdisciplinaires. Des temps d'analyse et de concertation permettraient une réflexion collégiale afin d'aboutir à une culture commune des pratiques, de prévenir la démotivation, l'épuisement ou la perte du sens du travail pour certains professionnels et au final une amélioration de la prise en charge des résidents. Il n'existe pas de réunions d'équipes spécifiques à l'accompagnement des résidents atteints de démence. Une culture sanitaire omniprésente, un accompagnement basé sur des besoins perturbés plutôt que sur les capacités restantes du résident et des pratiques professionnelles orientées sur le « faire » plutôt que sur la stimulation et le « laisser faire ». La mise en place d'une réunion MEDEC-soignants permettrait : de faire le point sur la prise en charge des résidents, aux professionnels de réfléchir sur leurs pratiques et d'exprimer les difficultés rencontrées, de les sensibiliser aux protocoles et RBPP. Les évaluateurs externes ont souligné l'absence d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Selon la HAS l'objectif de cette évaluation vise à mieux adapter les pratiques aux besoins des usagers en référence aux RBPP. En tant que cadre de service je pense que la démarche d'amélioration des pratiques doit se baser sur une réflexion pluridisciplinaire en lien avec les valeurs de l'EHPAD afin de faire émerger une prise de conscience des personnels, un décloisonnement des cultures et des pratiques et donner du sens aux actions. Chaque structure doit développer et maintenir son identité. De ce contexte, j'en déduis que les pratiques ne sont pas en adéquation avec les recommandations et les orientations politiques. Le respect des exigences réglementaires ou le renouvellement de la convention ne signifient pas pour autant des pratiques adaptées et un réel bénéfice pour le public ciblé. L'absence de réflexion pluridisciplinaire, de sens commun et partagé des pratiques professionnelles freinent les professionnels dans l'accompagnement des résidents atteints de démence.

3) L'animation : l'animatrice diplômée, présente depuis l'origine, est très investie de sa mission néanmoins j'ai constaté que le projet d'animation ne fédérait pas l'ensemble des personnels soignants et qu'il restait « l'affaire de l'animatrice » bien que porté par le Directeur. Mon analyse de terrain issue de mes observations et échanges avec les

professionnels soignants et l'animatrice révèle une culture axée sur les soins techniques associés à un manque de sens concernant l'intérêt de l'animation en termes de bénéfices pour les résidents « déments » et d'un cloisonnement réel entre l'animatrice et une grande majorité de soignants. Cette dernière a d'ailleurs exprimé ce sentiment d'isolement et son manque d'appartenance au sein des équipes lors de nos échanges.

Ce contexte freine la cohésion des personnels au projet d'animation.

Il n'existe pas de projet spécifique relatif aux activités d'animation à destination des résidents atteints de démence bien qu'il soit défini dans le PE. Les missions de l'animatrice y sont pourtant précisées « maintenir l'autonomie » ; « stimuler les capacités cognitives » ; « proposer des activités thérapeutiques ». Mon investigation de terrain et le rapport d'évaluation externe confirment bien que l'animation est plus fondée sur un mode volontaire et collectif que sur une stimulation et une prise en charge individuelle et personnalisée formalisée à travers le PP. Bien que des enquêtes de satisfaction aient été réalisées indiquant la satisfaction des résidents et des familles et des améliorations faites, suite aux comptes rendus du CVS, je constate l'absence d'outils, de transmissions écrites sur le dossier individuel du résident, ni d'évaluations des bénéfices en termes d'animation pour les résidents. De ce contexte évoqué j'en déduis que les pratiques et les modalités d'organisation relatives à l'accompagnement du public étudié ne s'inscrivent pas dans une démarche d'accompagnement personnalisé et adapté afin que les professionnels soignants et l'animatrice puissent répondre aux besoins spécifiques et évolutifs du résident atteint d'une démence.

4) Encadrement et management : le MEDEC, l'IDEC et la psychologue, sous la responsabilité du Directeur, sont garants de la qualité de la prise en charge des résidents. Un accompagnement qui se doit d'être à la fois global, personnalisé, adapté et modulable afin de répondre à la spécificité des besoins de ce public. Les compétences et les missions confiées au regard de leur statut de cadre sont autant de leviers permettant d'atteindre cet objectif. Cependant, j'ai pu constater des écarts entre les missions attendues et les missions effectuées et les procédures de terrain observées.

J'ai constaté qu'il n'était pas organisé de formation interne ni de temps d'information sur les bonnes pratiques gériatriques animées par le MEDEC bien que ces missions soient inscrites dans le PE et référées par décret. Le rapport d'évaluation externe met en évidence le manque de suivi global de la formation assuré par le Directeur et l'IDEC.

J'ai relevé au cours des échanges avec les responsables de l'encadrement que les formations étaient basées sur le croisement des demandes individuelles exprimées lors des entretiens annuels d'évaluation et les thèmes proposés par l'IDEC et la psychologue. Le médecin ne participe pas au choix des formations. Lors d'échanges avec le MEDEC, il m'a confié qu'il n'était pas réticent à aménager des temps de formation et d'informations pour les personnels.

Les RBPP sont connues par le médecin mais elles ne constituent pas des supports de travail par l'équipe d'encadrement et sont totalement méconnues des professionnels.

Le rapport d'évaluation externe soulignait au préalable la nécessité de sensibiliser les équipes aux recommandations relatives à l'accompagnement des résidents atteints de démence; à la démarche du PP ; à la Bientraitance ; au questionnement éthique et la qualité de vie des résidents en EHPAD. Je suppose que pour acculturer les personnels, il est nécessaire que le personnel encadrant s'approprie également ces mêmes recommandations qui sont d'ailleurs mentionnées dans le PE.

Enfin j'ai pu observer, malgré l'existence d'une procédure du PP, au sein de la structure, et connue par les professionnels, celle-ci n'était pas effectuée telle que prévue.

La psychologue est responsable de la démarche des PP de leurs réalisations à la mise en œuvre. Ses fonctions d'encadrement, « *d'accompagnement pédagogique* » des personnels et de coordination doivent permettre aux professionnels d'avoir une guidance, un cadre de référence et une compréhension pour construire les PP. Actuellement aucun temps de co-construction et d'analyse avec l'ensemble des professionnels soignants et non soignants (animatrice et ASH) ne sont organisés.

Les objectifs opérationnels, le plan d'action, les moyens humains et techniques ainsi que les outils d'évaluation du PP ne sont pas définis.

En tant que cadre de service, il me paraît essentiel de susciter un travail collaboratif en organisant des temps de réflexion, de travail et de prise de décisions partagées entre le MEDEC, l'IDEC et la psychologue basés sur : les recommandations, la mise en place de temps de sensibilisation et d'appropriation pour les personnels, l'évaluation des besoins en formation des personnels, le choix des formations, la préparation des entretiens d'évaluation annuel, l'organisation de la formation interne, la planification de temps d'analyse et d'évaluation des pratiques, la redéfinition d'une procédure des PP plus explicite faisant consensus auprès des professionnels, l'amélioration de

l'accompagnement des équipes par un management plus facilitateur , participatif et valorisant. J'en déduis que l'insuffisance de concertation et de cohésion entre les encadrants a engendré des dysfonctionnements qui freinent la dynamique de travail des équipes autour des PP et impactent l'organisation et les pratiques des professionnels. Au regard de l'ensemble des constats que je viens d'énoncer, je conclurais en disant que l'organisation actuelle du « CANTOU » et les pratiques existantes ne sont pas suffisamment adaptées pour répondre aux besoins et attentes du public étudié.

7 Diagnostic stratégique

Afin de synthétiser cette deuxième partie, je vais utiliser l'outil SWOT⁴⁶ qui va me permettre de mettre en évidence les Forces et les Faiblesses de l'EHPAD au regard des Opportunités et Risques liés à son environnement externe. Je pourrais ainsi avoir une vue récapitulative des éléments diagnostiques de l'établissement et mettre en perspective des objectifs généraux pour remédier à la problématique de l'EHPAD.

Les forces : de par ses valeurs intégrées dans le PE récemment actualisé, défendues par le CA, le Directeur et l'équipe d'encadrement, l'établissement souhaite s'inscrire dans une démarche d'amélioration vis-à-vis de l'accompagnement des résidents accueillis. La structure est reconnue sur son territoire et véhicule une image positive auprès des résidents et des familles. Le personnel est diplômé, qualifié, disponible et toujours soucieux de bien faire. Le turn-over est faible et le ratio est en adéquation avec les effectifs. L'établissement est en conformité avec les exigences réglementaires, excepté l'absence de formation dans le cadre du DPC et sa gestion financière est saine.

La Direction met un point d'honneur à satisfaire les résidents et les familles qui participent activement à l'amélioration de la qualité de vie au sein de l'EHPAD. Il est soucieux aussi du bien-être des personnels, du climat social et des conditions de travail.

Les faiblesses se caractérisent par :

- Une politique de formation insuffisamment adaptée à l'évolution des besoins et aux attentes des professionnels et des besoins des résidents atteints de démence liée à un manque d'identification des besoins du personnel, au défaut d'organisation de temps d'informations et de formations relatives au PP et à la spécificité de l'accompagnement du public ciblé et des RBPP qui ne sont pas diffusées et utilisées comme documents de références.

⁴⁶ Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats Cf. Tableau 3 « Forces-Faiblesses-Risques-Opportunités ».p77

- Un accompagnement des résidents atteints de démence peu adapté et personnalisé lié à une organisation instable du « CANTOU », à une culture sanitaire, une absence de temps de concertation et d'analyse pluridisciplinaire ainsi qu'une procédure et mise en œuvre des PP ne reflétant pas assez les fondamentaux des RBPP.

- Un « essoufflement » de la dynamique de travail autour des PP et des pratiques lié à un manque de collaboration et de coordination des responsables de l'encadrement, à des tensions liées à des cultures du soin différentes et un cloisonnement interprofessionnel.

Les opportunités peuvent conduire l'institution à s'inscrire dans une démarche d'amélioration de l'offre des prestations et « du service rendu aux usagers » en se rapprochant d'associations et de personnes ressources compétentes dans le domaine de l'accompagnement des personnes atteintes d'une MA ou maladies apparentées mais aussi en se questionnant sur les bénéfices de la création d'une UHR, l'accueil de personnes âgées avec un handicap mental et sur la préparation de sa prochaine évaluation interne prévue courant 2018.

Les risques liés à l'environnement externe impacteraient l'EHPAD si ce dernier n'était plus assez concurrentiel et ne puisse pas répondre à des besoins émergents.

Synthèse partie II

En croisant l'analyse du contexte institutionnel avec le diagnostic stratégique, je peux confirmer que la problématique d'adaptabilité de l'EHPAD relative à son organisation et ses pratiques au regard de l'accompagnement des résidents atteints de la MA ou maladies apparentées est effective. Il est fort de constater que face à une organisation déficiente et des pratiques inadéquates, l'accompagnement des résidents atteints de démence est insuffisamment adapté et personnalisé. Cette conclusion me permet, en tant que cadre de service, de dégager des objectifs stratégiques et des outils managériaux afin d'être force de propositions, auprès de la Direction, afin d'améliorer la prise en charge des résidents atteints de démence au sein de l'EHPAD. Les enjeux de mon mémoire-projet se situent sur 3 niveaux : permettre à l'EHPAD de répondre de façon optimale aux besoins et attentes des familles ; en tant que cadre, inscrire les professionnels dans une démarche d'amélioration continue de la prise en charge des résidents par le perfectionnement des pratiques et l'instauration d'une organisation

efficace et pérenne au sein de l'EHPAD ; construire un cadre collaboratif entre les encadrants et améliorer l'accompagnement des équipes. Je proposerai dans cette troisième partie mon projet centré sur l'amélioration des pratiques et de l'organisation.

PARTIE III : PROJET MEMOIRE

De ma place de cadre, je souhaite porter ce projet. Par délégation, je me positionne comme responsable de son pilotage, des bonnes conditions de mise en œuvre, de l'atteinte des objectifs dans le délai imparti à un coût raisonnable. Pour autant, il m'apparaît comme « le projet de tous » : toutes les parties prenantes sont actrices. Il constitue un travail pluridisciplinaire et collectif. Ma démarche implique une participation des personnels, de l'encadrement, des résidents et des familles en corrélation avec le Directeur.

J'ai opté pour un management plutôt orienté sur la participation, l'assertivité et la collaboration car il est mobilisateur, fédérateur et favorise la co-construction du projet afin qu'il aboutisse à un sens commun, des valeurs et une culture partagées. Il constitue un vecteur de réussite dans la conduite au changement. Néanmoins mon rôle est également d'encadrer, d'animer, de coordonner les équipes et superviser le projet.

Enfin, je terminerai par ce proverbe qui reflète mon point de vue « *Rien n'est permanent sauf le changement* » Héraclite D'Éphèse, philosophe. En mon sens, le changement est un vecteur d'amélioration. Il incite à un questionnement aussi bien du cadre que des personnels au regard de l'organisation et des pratiques existantes. Il est « *permanent* » du fait qu'il inscrit l'établissement dans une démarche continue de la qualité de la prise en charge des usagers en lien avec le PE, les valeurs, l'éthique et les exigences actuelles des politiques publiques.

Ce projet s'articule autour de 3 phases.

Première phase : Les prérequis sont une étape essentielle qui me permet de valider mon projet auprès de la Direction, de définir les délégations qui me seront attribuées, de mettre en place un COPIL, de créer des groupes projet et d'élaborer une stratégie de communication en amont de la mise en œuvre de la démarche projet et d'établir un calendrier prévisionnel pour déterminer les dates de rencontre des groupes de travail.

Deuxième phase : La définition des objectifs généraux et leur mise en œuvre par des objectifs opérationnels qui se déclinent en actions. Je les ai identifiés suite aux constats et l'analyse que j'ai développé en partie II.

Ils sont au nombre de 4 :

→**Optimiser l'organisation du « Cantou »**

→**Impulser une dynamique de travail autour de la démarche des PP**

→ **Promouvoir un accompagnement de qualité des résidents atteints de la MA ou de maladies apparentées.**

→**Favoriser un management collaboratif et facilitateur**

Troisième phase : Le suivi et l'évaluation constituent des moments clés pendant et à la fin du projet. Ils permettent d'analyser les effets et l'impact du projet, de mesurer les écarts entre les objectifs attendus et les résultats obtenus. Ces temps donnent l'opportunité de réaliser des réajustements, de s'interroger et de vérifier l'adhésion et la cohésion des acteurs au projet. Des critères et des indicateurs sont nécessaires. Je les définirai dans cette partie.

1 Les prérequis se décline en 4 étapes :

La 1^{ère} étape consiste à exposer auprès de la Direction mes différents constats, mon analyse de la situation et les motifs nécessitant la mise en place d'une démarche d'accompagnement au changement à travers le projet que je propose. Elle est incontournable et me permettra d'obtenir l'approbation de la Direction afin de mettre en place mon projet et mes limites en termes décisionnel. Je pars de l'hypothèse que le Directeur à approuver ce projet et qu'il m'a nommé chef de projet début janvier 2017. Il m'accorde une délégation totale sur sa mise en œuvre avec une délégation partielle concernant les coûts financiers et temporels. Je me positionne en tant que cadre et pilote du projet. J'assure la coordination entre le Directeur, les équipes, l'encadrement et les usagers.

La 2^{ème} étape Principes et conditions du projet. Un COPIL est créé et composé du Directeur, du MEDEC, de l'IDEC, de la psychologue, d'une IDE, d'une ASQ, de l'animatrice et de moi-même. Son rôle est important dans la mesure où il valide de façon collégiale les différentes orientations et propositions relatives au projet que j'ai soumis. Il veille au bon déroulement et suit l'avancée du projet. Il s'est réuni 2 fois en janvier pour la préparation de la démarche (rythme 1x/15jrs). Le projet se déroulera de janvier à janvier 2018. Le suivi se fera 1 fois par mois (intégré à la réunion COPIL) afin de mettre en évidence les problèmes et les solutions à envisager.

Le Directeur pourra à cette occasion faire un cadrage. L'expression des usagers et des familles sera sollicitée, tracée dans le procès-verbal et prise en compte lors des réunions de suivi. Des évaluations intermédiaires du projet, programmées à 3 et 6 mois, permettront de faire un bilan et si nécessaire des réajustements. Dans un premier temps, j'organise une réunion générale, à la mi-janvier, afin de présenter le projet⁴⁷ à l'ensemble des personnels et acteurs de la structure, d'expliquer la nécessité d'un changement au niveau de l'organisation et des pratiques actuelles, des différentes étapes et échéances. Le COPIL a élaboré un calendrier prévisionnel⁴⁸ retraçant les étapes et les réunions. Lors de la première réunion, il a été décidé que des groupes projet seraient créés en laissant le choix aux personnels de constituer leurs équipes. Toutefois, j'ai recommandé à ce que la composition des groupes respecte la pluridisciplinarité afin de favoriser la co-construction du projet.

La 3^{ème} étape permet la composition des groupes de travail et le rôle de chacun.

J'ai affiché une note de service et 4 listes sur lesquelles chaque personnel s'est inscrit.

Chaque responsable de l'encadrement s'est positionné sur un groupe en tant que pilote.

4 groupes sont composés en lien avec les 4 objectifs généraux retenus.

GROUPE 1

GROUPE 2

GROUPE 3

GROUPE 4

Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3	Objectif 4
<i>Optimiser l'organisation du Cantou</i>	<i>Impulser une dynamique de travail autour de la démarche des PP</i>	<i>Promouvoir un accompagnement de qualité des résidents atteints de la MA ou de maladies apparentées.</i>	<i>Favoriser un management Collaboratif et facilitateur</i>
<u>Pilote IDEC</u>	<u>Pilote Psychologue</u>	<u>Pilote Medec</u>	<u>Pilote Lydia Soltani</u>
IDE	IDE	IDE	IDEC
ASQ Cantou	AMP Cantou	ASQ Cantou	Psychologue
ASH	ASQ	ASQ	MEDEC
Animatrice	Kinésithérapeute	ASH	Directeur
Secrétaire 1	Animatrice	Kinésithérapeute	Secrétaire 2
Psychomotricienne	Secrétaire 2	Secrétaire 1	Responsable Hôtellerie chef cuisinier - Diététicienne

⁴⁷ Cf. Schéma 2 « Arbre à projet » p.80

⁴⁸ Cf. Tableau 5 « Calendrier prévisionnel » p.100

Chaque groupe se réunira 1 fois tous les 15 jours pour faire le bilan des temps de travail, d'échange et de concertation formels et informels des acteurs au projet. Une analyse et des décisions seront prises par le groupe afin d'aboutir à des actions d'améliorations partagées par tous et validées en réunion de COPIL.

La 4ème étape : le COPIL a élaboré une stratégie de communication pour la mise en œuvre du projet. En interne, le projet sera diffusé à l'ensemble des acteurs.

Un onglet « Projet » est créé dans le logiciel « Titan » afin qu'il soit visible par tous (Directeur, équipe d'encadrement, salariés). Des comptes rendus réguliers y seront tracés afin que tout le monde connaisse l'avancée du projet. Un calendrier prévisionnel sera intégré dans cet onglet afin d'informer l'ensemble des professionnels sur la planification des étapes, des réunions, des échéances et des temps de suivi/évaluation. Il sera modifiable si nécessaire. Des alarmes, pour les temps forts, seront installées afin de rappeler aux différents acteurs du projet les temps de travail.

Le support papier « projet » et le calendrier prévisionnel seront affichés, dans des lieux stratégiques de l'EHPAD, bureau du Directeur, des personnels encadrants, des IDE, de l'animatrice et dans le bureau des transmissions quotidiennes pour les ASQ/AMP.

Dans la partie suivante, je vais présenter les objectifs généraux sous forme de fiche.

Chaque fiche comprendra un objectif général se déclinant en objectifs opérationnels. Pour chacun d'eux des actions seront mise en place pour les atteindre ainsi que les moyens techniques et financiers pour y parvenir.

2 Les objectifs généraux et le plan d'actions⁴⁹

a) Optimiser l'organisation du « Cantou »

Comme je l'ai déjà évoqué dans mes constats et l'analyse (partie II, 6) l'organisation actuelle au Cantou est fluctuante et aléatoire. Elle est conditionnée par un cloisonnement interdisciplinaire, une approche des soins différente d'une équipe à l'autre et une absence d'activités à but thérapeutique et d'animation. Pour autant, les fiches de postes permettent un fonctionnement stable, une programmation d'ateliers thérapeutiques et des activités d'animation. Du matériel est à disposition et la présence du chien « Sully » pourrait faire l'objet de la réorganisation d'un atelier en favorisant le potentiel de certains résidents (repas, promenade, brossage) et en débloquent des relations soignants/soignés. L'organisation ne prévoit pas de temps de réunions

⁴⁹ Cf. Tableau 4 « Plan d'actions détaillé » p.81

spécifiques et d'analyse des pratiques recommandées par les autorités savantes (HAS /ANESM) afin de définir et d'évaluer l'accompagnement des résidents de l'unité.

Le groupe 1 a pour mission de répondre à cet objectif 1 :

Mettre en place une organisation structurée et pérenne permet aux personnels d'avoir des repères durant la journée pour organiser un accompagnement adapté et personnalisé en lien avec les objectifs de prise en charge du projet personnalisé. Organiser des activités individuelles et collectives dans un but de maintenir et restaurer les capacités restantes, des résidents du secteur, sur un plan fonctionnel, cognitif, sensoriel et social. L'organisation passe également par la recherche, la programmation et la mise en place d'activités régulières afin de maintenir et stimuler les potentialités des résidents.

La priorité est donnée pour utiliser le matériel existant néanmoins une réflexion sera engagée pour l'achat de nouveaux matériels en fonction des activités qui seront choisies par les équipes. Le projet thérapeutique avec le chien « Sully » sera revu en équipe et mis en place. Il sera programmé et organisé avec « Sully » des temps de promenade, de repas et de soins par des résidents.

Des outils de travail doivent être élaborés pour suivre et évaluer les effets des activités et de l'accompagnement proposé aux résidents. Cela permet de faire des bilans et des réajustements au niveau des objectifs d'accompagnement mais également au niveau des choix et du déroulement des activités retenues.

Une réunion spécifique avec le MEDEC ,1 fois par semaine, sera programmée. Elle est nécessaire afin de faire émerger les difficultés rencontrées par les professionnels et d'apporter un soutien, des recommandations pour pallier à des situations complexes (refus des soins, troubles du comportement...) et permettre aux équipes d'adopter la même attitude. Cette démarche d'amélioration de l'organisation du Cantou doit faire l'objet d'une réflexion pluridisciplinaire, d'une analyse collégiale des pratiques afin d'aboutir à un consensus, une décision partagée par tous les personnels du secteur.

En tant que cadre de service et chef de projet, ma mission est de promouvoir une organisation efficiente et harmonieuse car elle constitue un gage en termes d'amélioration de l'accompagnement des résidents du Cantou.

FICHE A Objectif 1: Optimiser l'organisation du CANTOU

1^{er} Objectif opérationnel : structurer l'organisation

→Actions prioritaires de façon décroissante

- 1.1 Utiliser la fiche de poste AMP/ASQ et introduire des aménagements
- 1.1 Aménager des toilettes thérapeutiques par une AMP et la psychomotricienne
- 1.2 Etablir un programme d'activités et d'animation sur la semaine ou sur 15 jours
- 1.3 Etablir des fiches pour chaque activité précisant les objectifs, le matériel, le lieu, la périodicité, la durée, les intervenants et le déroulement
- 1.4 Engager une réflexion et une programmation des activités initiées par la psychothérapeute comme le repas thérapeutique afin d'assurer une continuité

2^{iem} objectif opérationnel : développer une culture de la prise en charge globale

→Actions

- 2.1 Réfléchir collectivement sur le choix des activités à proposer au CANTOU
- 2.2 Créer des temps d'analyse pluridisciplinaire des pratiques professionnelles
- 2.3 Organiser des moments conviviaux et d'échanges inter équipes
- 2.4 Créer des groupes de réflexion éthique
- 2.5 Mettre en place un staff hebdomadaire spécifique au CANTOU avec le MEDEC

3^{iem} objectif opérationnel : favoriser un suivi et une évaluation de l'accompagnement

→ Actions

- 3.1 Concevoir une grille d'évaluation générale des activités et un support (papier/ numérisé...) précisant les activités, la fréquence, le nombre de résidents et les effets réels des activités sur les résidents.
- 3.2 Inciter les professionnels à utiliser le logiciel Titan pour assurer une traçabilité et une diffusion des informations et des transmissions ciblées.

→Outils : logiciel Titan, création de supports, fiches de poste, tableau d'affichage

→Coût financier : prévoir achat de matériels pour les ateliers thérapeutiques.

b) Impulser une dynamique de travail autour de la démarche des PP

Comme nous venons de le voir, une organisation efficace garantit le bon fonctionnement du service et une prise en charge adaptée mais cela ne suffit pas à répondre de façon personnalisée aux besoins et attentes des résidents atteints de démence. Au regard de mes constats et analyse développées dans la partie II6, je mentionne que l'EHPAD formalise les objectifs d'accompagnement dans l'avenant au contrat sans toutefois élaborer un projet d'accompagnement. La loi 2002.2 «*fait*

obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement » sans pour autant en indiquer le contenu et son mode de formalisation. Néanmoins l'ANESM recommande que « *rédiger l'ensemble du projet permet de produire un document qui constitue une base commune ; fait trace tant du cheminement que des décisions prises et facilite le suivi puis l'évaluation du projet personnalisé* »⁵⁰. Elle préconise la nomination de référent PP, acteur « *privilegié des parties prenantes,[...] veille au déroulement des différentes phases[...] à la cohérence des interventions* »⁵¹. Il est le garant de la mise en œuvre et du suivi du PP pendant toute la durée du séjour du résident. Les lois, les plans Alzheimer et les recommandations de l'HAS et de l'ANESM en faveur des personnes âgées atteintes de démences, développées dans les parties précédentes, placent l'utilisateur au centre du dispositif d'accompagnement. Le « service rendu aux usagers » passe par une co-construction et la formalisation d'objectifs d'accompagnement à travers le PP et à leurs mise en œuvre par les professionnels.

La finalité du PP est bien le résident et il comprend 3 objectifs :

- Garantir de façon continue un accompagnement adapté et personnalisé à fortiori pour les personnes atteintes de démence afin d'éviter un accompagnement « standardisé ».
- Solliciter et fédérer l'ensemble des professionnels intervenants auprès du résident pour une cohérence et pertinence du PP
- Contribuer au maintien, à l'adaptation et à l'amélioration de l'offre de soins par l'établissement en lien avec les objectifs de conventionnement.

La démarche d'élaboration des PP requière une méthodologie, un savoir-faire donc un apprentissage et une appropriation de cet outil. Elle est dynamique, exige des temps d'évaluation et doit s'appuyer sur les « fondamentaux » recommandés par l'ANESM.

Le groupe 2 est en charge de travailler sur cet objectif 2

Cette démarche nécessite d'organiser des temps de sensibilisation et d'appropriation des RBPP pour permettre d'appréhender les différentes étapes du PP, de faire prendre conscience de l'intérêt de cet outil, du sens des actions. Elle doit développer et intégrer la notion de co-construction afin que le PP soit pertinent, cohérent et en adéquation avec les objectifs d'accompagnement. Ceux-ci doivent être issus d'une analyse collective au

⁵⁰ RBPP « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », Décembre 2008 p.31

⁵¹ Ibid.p28

regard des besoins holistiques identifiés, des attentes et des capacités globales restantes de la personne. Inciter et favoriser une réflexion pluridisciplinaire et collégiale afin d'élaborer une procédure, une mise en œuvre (actions, moyens,..), des temps et des outils de suivi et d'évaluation des PP approuvés par tous les personnels et validés par le COPIL. Réfléchir sur la fonction et la mise en place de référent PP. Mon rôle de cadre et de responsable du projet est de faciliter, fédérer les équipes autour de cette démarche d'amélioration des PP. De mon point de vue, une démarche et des outils construits par les équipes elles-mêmes permettent une meilleure appropriation et le PP devient, pour les professionnels, un outil de travail et d'accompagnement adapté et personnalisé au bénéfice des résidents atteints de démence ainsi qu'à l'ensemble des personnes accueillies.

FICHE B Objectif général 2 : Impulser une dynamique de travail autour de la démarche des PP

1^{er} objectif opérationnel : sensibiliser les professionnels aux RBPP

→Actions

- 1.1 organiser 1 ou 2 séances de travail par groupe de 6 à 7 personnes animées par la psychologue sur une thématique prédéfinie
- 1.2 mettre à disposition des professionnels un classeur des synthèses des RBPP
- 1.3 planifier des rappels des RBPP au cours du Staff ou des transmissions...

2^{em} objectif opérationnel : former les professionnels à la démarche d'élaboration des PP

→Actions

- 2.1 créer des groupes de travail pour assimiler les étapes du PP et la notion de co-construction
- 2.2 améliorer la procédure actuelle des PP : définir les étapes, les moyens et les conditions de mise en œuvre,
- 2.3 nommer des référents et créer une fiche mission.
- 2.4 réfléchir sur les moyens afin de parvenir à une co-construction opérante du PP
- 2.5 définir les objectifs opérationnels, le plan d'actions et les moyens pour les PP des résidents du CANTOU puis pour l'ensemble des résidents.

3^{em} objectif opérationnel : favoriser la pertinence et la cohérence du PP

→Actions

3.1 créer une fiche d'évaluation des besoins fondamentaux et des capacités restantes

3.3 déterminer une grille d'évaluation par résident afin de vérifier l'adéquation entre les objectifs fixés et les résultats obtenus et un support papier et/ou numérisé

3.4 organiser des temps de réunion pour réaliser des bilans intermédiaires et une réactualisation des objectifs ou des choix des activités proposées au résident

→ Outils : salle de réunion, fournitures bureau, création d'outils, fiche de procédure, trame du PP et logiciel Titan

→ Coûts : fourniture de bureau et achat de blocs de feuilles pour paperboard

c) Promouvoir un accompagnement de qualité des résidents atteints de la MA ou de maladies apparentées

Bien que le PP soit un outil pertinent pour définir et organiser un accompagnement adapté, personnalisé et ajustable au regard de l'évolution des besoins et attentes du résident et de la famille, il n'en demeure pas moins que les pratiques professionnelles, au sein de l'EHPAD, exigent un niveau de qualité optimal. En m'appuyant sur les constats et analyse évoqués dans la partie II6 les pratiques existantes, au sein de l'EHPAD, ne sont pas suffisamment adaptées pour garantir un accompagnement personnalisé des résidents atteints de démence. Elles révèlent un cloisonnement interdisciplinaire, des cultures de prise en charge différentes, un manque de suivi des besoins en formation des personnels, un accompagnement insuffisamment basé sur la dimension globale et les capacités restantes de la personne. Elles ne s'appuient pas sur les RBPP qui permettraient de susciter une réflexion collégiale et des repères sur la particularité de l'accompagnement de ce public.

Face à une augmentation de la dépendance, des démences et des handicaps provoqués par des pathologies associées, l'accompagnement est devenu complexe. Il réclame une adaptation continue des pratiques. Elles doivent s'orienter vers une prise en charge globale en tenant compte de la spécificité des besoins et des attentes des résidents atteints de maladies neurodégénératives dans un souci permanent de cohérence et d'interdisciplinarité. Pour ce faire, l'établissement peut s'appuyer sur les RBPP de l'ANESM concernant l'accompagnement des personnes atteintes de démence et la qualité de vie en EHPAD (volet 4 « *L'accompagnement personnalisé de la santé du résident* ») et en particulier la bientraitance car elle définit les fondamentaux « *d'une culture de la bientraitance et constitue un cadre de référence* » des RBPP de l'agence.

La HAS recommande d'utiliser des « *techniques de soins non médicamenteuses appropriés* » aux troubles perturbateurs du comportement des personnes atteintes de démence, par un personnel formé. La formation des professionnels est un levier pour consolider, maintenir et développer les connaissances et compétences des professionnels. Elle permet d'harmoniser les pratiques, d'assurer un accompagnement pertinent et de valoriser les professionnels. Enfin l'analyse des pratiques est un vecteur d'amélioration qui favorise une culture commune et partagée par l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Le groupe 3 est en charge de travailler sur cet objectif 3

Le but est de réfléchir sur la détermination de pratiques communes dans un souci de cohésion et de pertinence dont la finalité est de promouvoir un accompagnement optimal et en adéquation avec les besoins caractéristiques de ces résidents.

La démarche d'amélioration consiste à : adopter une approche holistique en tenant compte de la dimension cognitive, fonctionnelle, sensorielle et sociale. Favoriser une concertation pluridisciplinaire pour définir et mettre en place les objectifs d'accompagnement. Evaluer l'accompagnement afin de l'adapter à l'évolution des besoins de la personne. Former et sensibiliser les professionnels soignants, l'animatrice et les ASH sur la MA, les maladies apparentées et les techniques non médicamenteuses. Mettre en place des temps d'expression à destination des professionnels pour prévenir la démotivation, l'épuisement ou le sentiment d'incertitude qui freinent la dynamique de travail. Organiser des temps d'analyse des pratiques afin de favoriser une culture gériatrique commune, orientée sur les pathologies démentielles et sur des activités thérapeutiques.

De ma place de cadre et pilote du projet, je préconise ces différents axes d'amélioration afin de faciliter et développer des pratiques cohérentes et appropriées. La finalité est d'amener les professionnels vers un accompagnement de qualité au bénéfice des résidents déments et globalement de l'ensemble des résidents.

FICHE C Objectif 3 : Promouvoir un accompagnement de qualité des résidents atteints de la MA ou de maladies apparentées

1^{er} objectif opérationnel : sensibiliser les professionnels aux RBPP relatives à la bientraitance et à l'accompagnement du profil des résidents

→ Actions

1.1 organiser des séances de travail par groupe de 6/7 personnes (soignants/animatrice) animées par l'IDEC et moi-même sur une thématique définie

1.2 prévoir des rappels réguliers des RBPP pendant les transmissions ou réunion d'équipe et réfléchir sur la planification des rappels sur 1 année

2^{em} objectif opérationnel : adapter les connaissances et les compétences des professionnels relatives aux résidents atteints de démence.

→ **Actions**

2.1 organiser des formations en interne animées par le MEDEC

2.2 renouveler les formations spécifiques (réflexion en réunion de Direction)

2.3 développer des partenariats (Association Alzheimer, EHPAD locaux...) pour favoriser des échanges constructifs, partager des savoirs, rencontrer des ASG...

3^{em} objectif opérationnel : développer une culture commune orientée sur une approche globale et personnalisée

→ **Actions**

3.1 mettre en place des temps d'analyse des pratiques professionnelles en lien avec l'évaluation interne et externe, pilotés par le personnel encadrant interne et/ou externe

3.2 organiser des temps favorisant l'expression des professionnels dirigés par la psychologue et/ou une psychologue d'un autre EHPAD

3.3 aménager une réunion médicale avec les soignants, hebdomadaire, avec le MEDEC pour les résidents atteints de démence hors CANTOU

→ Outils : plan de formation 2017 et 2018/ salle de réunion/ prévoir matériel et supports pédagogiques pour les formations internes/ plan d'améliorations suite aux évaluations interne et externe/ logiciel Titan

→ Coûts : budget des formations pour 2017 et 2018 /décidée par la Direction

d) Favoriser un management collaboratif et facilitateur dans le groupe cadre

Ce dernier objectif retient toute mon attention par sa finalité transversale car il est étroitement lié aux objectifs précédents. Les conditions de mise en œuvre des axes d'amélioration relatives à l'organisation et les pratiques sont en corrélation directe avec la politique de management des personnels de l'encadrement ainsi que sur l'effectivité et la qualité de leurs collaborations. J'ai donc décidé de me positionner en tant que pilote du groupe 4, constitué par mes collaborateurs, le MEDEC, l'IDEC et la psychologue. Le Directeur interviendra, selon ses disponibilités, pour des prises de

décisions relatives à sa fonction et pour un éventuel cadrage. La responsable Elior, le chef de cuisine et la diététicienne seront sollicités pour des décisions et actions transversales. Dans une vision globale en tant que cadre de service, pilote du projet, ma mission est complexe du fait que les liens relationnels sont fonctionnels et non hiérarchiques avec les autres cadres. L'enjeu est de développer une collaboration entre le groupe et moi et entre les collaborateurs eux-mêmes. Ma démarche consiste à susciter une réflexion du groupe concernant nos missions, une interrogation des pratiques en termes d'encadrement, de management, d'accompagnement des équipes afin d'aboutir à une analyse commune et partagée. La finalité est de rechercher et valider ensemble des préconisations, des moyens pour parvenir à améliorer l'encadrement, l'accompagnement et la cohésion des équipes dans la conduite aux changements. D'autant plus que le changement est source de résistances. Le cadre doit pouvoir anticiper et gérer d'éventuels conflits, oppositions ou indifférences de certains professionnels. De ce fait, il est indispensable que le changement généré par le projet soit explicité et accompagné afin d'être compris et admis. Le Directeur sollicite et implique régulièrement l'équipe d'encadrement dans le cadre des préconisations du PE et des évaluations interne et externe, leurs missions sont stipulées dans le PE et les fiches de poste. Néanmoins les constats et analyse développés dans mon mémoire, ont mis en évidence un manque de coopération, de collaboration et de coordination entre le MEDEC, l'IDEC et la psychologue. Cet état de fait se répercute sur l'organisation et les pratiques professionnelles et impactent l'accompagnement des résidents atteints de démence mais également l'ensemble des résidents. De ma place de cadre et responsable du projet, je souhaite être force de propositions pour améliorer la collaboration et garantir la mise en œuvre des objectifs développés précédemment.

FICHE D Objectif 4 : Favoriser un management collaboratif et facilitateur

1^{er} Objectif opérationnel : développer un travail collaboratif du personnel d'encadrement

→ Actions

- 1.1 programmer des réunions de concertation et d'analyse pour aboutir à des prises de décisions partagées et construire des outils de suivi et d'évaluation (PP, formation...)
- 1.2 définir une organisation et répartition des tâches individuelles et collectives
- 1.3 contribuer à garantir une mise en œuvre optimale du projet

2^{èm} Objectif opérationnel : adapter les compétences des professionnels pour améliorer l'accompagnement des résidents atteints de démence

→ Actions

- 1.1 préparer les entretiens professionnels annuels, élaborer un tableau de suivi
- 1.2 évaluer et tracer les besoins en formation des professionnels
- 1.3 planifier des temps de formation interne et choisir les outils et moyens pédagogiques
- 1.4 solliciter la responsable Elior pour une sensibilisation des ASH
- 1.5 travailler sur les RBPP afin de mieux sensibiliser et acculturer les professionnels
- 1.6 définir et prioriser les formations à renouveler et décider des nouvelles (ASG)
- 1.7 programmer les formations dans le cadre du DPC
- 1.8 prévoir remplacement personnel en formation par personnel interne et externe

3^{èm} objectif opérationnel : cultiver l'interprofessionnalité pour créer une culture commune et partagée

→ Actions

- 1.1 constituer des groupes de paroles et d'échanges
- 1.2 planifier régulièrement des temps d'analyse des pratiques
- 1.3 organiser des évaluations des pratiques professionnelles
- 1.4 réflexion sur la création d'un comité d'éthique

4^{èm} objectif opérationnel : ouvrir l'établissement vers l'extérieur

→ Actions

- 1.1 renforcer les partenariats existants : école et collège locaux, EHPAD associatif
 - 1.2 mutualiser les ressources humaines pour les formations, l'animation...
 - 1.3 rechercher des partenariats : associations Alzheimer, animateurs bénévoles, EHPAD
- Outils : tableaux de bord/ RBPP/ moyens de traçabilité/ plan de formation/ salle de réunion/ supports pédagogiques/ matériel bureautique
- Coûts : budget plan de formation 2017/2018/ formation ASG/ supports pédagogiques/ budget remplacement personnel en formation

Une fois la mise en œuvre des différentes actions achevées, une évaluation finale du projet est nécessaire afin d'interroger la performance du projet et d'autre part à mesurer le niveau d'atteinte des objectifs opérationnels, d'étudier les changements issus du projet et d'aboutir éventuellement sur un nouveau projet. En cela, l'évaluation est un

vecteur de changement et d'amélioration qui favorise une culture permanente en termes d'amélioration des pratiques et de l'organisation au bénéfice de l'EHPAD, des professionnels, des encadrants et des usagers. Au demeurant tout projet induit des zones d'incertitude et des effets inattendus. L'anticipation est donc nécessaire néanmoins elle demeure complexe et difficile.

3 L'évaluation du projet

J'ai organisé un suivi régulier du projet, au cours des réunions du COPIL permettant d'apprécier son processus certains résultats et effets préliminaires.

L'évaluation portera sur des critères déterminés en lien avec les objectifs généraux du projet et sera mesurée par des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. j'ai déterminé des indicateurs de résultats qui déterminent si chaque objectif visé est atteint ou si le résultat est observable à court et moyen terme, des indicateurs d'effets à savoir la présence de changement ou d'amélioration à moyen et long terme et des indicateurs d'impact qui mesurent les effets positifs et négatifs à long terme. L'évaluation mettra en évidence les résultats obtenus à savoir les changements souhaités et les changements réels ; l'atteinte des objectifs opérationnels et les actions réalisées ; l'impact au niveau de l'EHPAD, des résidents atteints de démence, des professionnels, de l'équipe d'encadrement et l'émergence de nouvelles problématiques. Enfin un compte-rendu sera rédigé et diffusé aux différents acteurs du projet : le CA, le Directeur, les encadrants, les salariés, le CVS, les usagers et les familles et les partenaires.

J'ai défini 5 critères : un relatif au projet et 4 en lien avec les objectifs généraux. Je ne donnerais ici que quelques exemples d'indicateurs.⁵²

→ 1^{er} critère : la performance du projet

Il évalue sa conception, son efficacité, son efficience, son impact et sa viabilité.

Rédactrice et évaluatrice : chef de projet / soltani Lydia. Date décembre 2017

indicateurs	quoi	oui	non	Actions mises en place ou à prévoir	quand	Par qui
Le projet est organisé et planifié	Il est validé	x		Réunion avec Directeur	Janvier 2017	Directeur chef de projet chef de projet chef de projet et COPIL
	Il est présenté	x		Réunion équipe d'encadrement		
	Il est programmé	x		Réunion générale		
		x		Calendrier prévisionnel Plan d'actions détaillées		
Le projet est efficace	Les professionnels ont acquis des connaissances et des compétences relatives aux démences	x	x	Formations internes sur la MA et maladies apparentées Proposer aux personnels des séminaires et colloques	durant le projet	MEDEC Intervenant externes Idec

⁵² Cf. Tableau 6 « Evaluation du projet » p.102

→ 2^{em} critère : l'organisation du CANTOU est optimale

L'évaluation permet de juger si les actions entreprises induisent un changement et tendent vers une amélioration de l'organisation du service. Elle mesure les capacités des professionnels à fonctionner de manière autonome et elle apprécie leur savoir-faire au regard de l'accompagnement des résidents et la mise en place d'activités adaptées.

Indicateurs	quoi	oui	non	Actions mises en place ou à prévoir	quand	Par qui
L'organisation est structurée	Elle est formalisée	x	x	Fiches de poste Planification des tâches Programme des activités thérapeutiques et d'animation Cibler les problèmes et faire des préconisations Un bilan intermédiaire est programmé	Durant le projet Mai 2017	Groupe de travail 1 Validation COPIL Chef de projet Chef de projet et COPIL
Des activités thérapeutiques sont organisées et recherchées	Elles sont identifiables De nouvelles activités sont proposées et / ou recherchées	x	x	Création de fiches d'activités, procédure toilette et repas thérapeutiques Prévoir un temps de concertation avec le Directeur pour la création d'un espace snoezelen au CANTOU Prévoir un temps de réflexion pour de nouvelles activités et une budgétisation	Durant le projet Septembre 2017	Groupe 1 Validation COPIL Chef de projet Groupe 1 et COPIL

3^{em} critère : les professionnels sont en capacités d'élaborer et d'utiliser le PP

Ce critère évalue, à court terme, si les actions réalisées produisent un changement significatif et souhaité. Il apprécie, à moyen terme, l'interaction entre le projet et les professionnels, à savoir comment les professionnels réagissent et s'impliquent. Enfin il vérifie à long terme si les améliorations perdurent quand le projet est terminé.

Indicateurs	Quoi	oui	non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Qui
Une procédure PP existe nombre de référents	Elle est construite, rédigée diffusée Elle se réfère aux RBBP	x x		Réfléchir en réunion pluridisciplinaire Organisation de réunions de travail pluridisciplinaire Sensibiliser les professionnels aux RBPP Nommer des référents PP Créer une fiche missions 18 pour 81 résidents	Au cours du projet	Groupe 2 COPIL Psychologue
Les résidents atteints de démence bénéficient d'un accompagnement adapté et personnalisé	Les besoins et capacités restantes sont évalués	x	x	Créer une fiche d'évaluation des besoins et capacités restantes Elaborer une grille d'évaluation par résident atteint de démence (adéquation objectifs et résultats) Identifier les causes et rechercher des solutions	Au cours du projet	Groupe 2 COPIL Chef de projet

4^{em} critère : la qualité de l'accompagnement des résidents atteints de démence

Ce critère vérifie, à court terme, le changement induit par les actions relatives à l'accompagnement des résidents atteints de démence. Il apprécie, à moyen terme, les réactions et comportements des acteurs par rapport au projet et son impact c'est-à-dire si les améliorations sont durables ou si des changements négatifs sont apparus.

Indicateurs	Quoi	Oui	Non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Qui
Les compétences des professionnels sont adaptées aux résidents atteints de démence	Les professionnels sont formés	X	x	Mise en place de formations internes sur des thématiques spécifiques Mise en place d'outils pédagogiques Prioriser des formations spécifiques Proposer une formation ASG	Durant le projet et après	MEDEC Groupe 4
Les pratiques professionnelles se sont améliorées	Elles reposent sur les fondamentaux des RBPP Elles sont évaluées Elles font l'objet d'une concertation pluridisciplinaire	x x x		Sensibiliser les professionnels sur la bienveillance et des thématiques spécifiques Planification de temps d'analyse des pratiques pdt 2h Planification d'EPP pdt 2h Organisation d'échanges formels et informels Elaboration d'un questionnaire de satisfaction à destination des équipes	Durant projet 1x/mois 1x/3mois	Equipe d'encadrement Intervenant extérieur Chef de projet Groupe 4

5^{em} critère : amélioration de la collaboration entre les encadrants et de l'accompagnement des professionnels

Ce dernier critère est important dans la mesure où il vérifie si les actions réalisées contribuent à améliorer l'accompagnement des professionnelles dans la conduite au changement menée par l'équipe encadrante et le chef de projet. Il est en lien direct avec l'ensemble des actions du projet. Il évalue les effets à moyen et long terme et l'impact du projet lorsqu'il est achevé.

Indicateurs	Quoi	oui	non	Les actions mises en place ou à prévoir	Quand	Qui
Une collaboration est identifiable entre le MEDEC l'IDEC et la psychologue	Les encadrants coopèrent et communiquent entre eux	x	x	Mise en place d'une réunion mensuelle d'1h à 1h30 Compte-rendu / transmissions et échanges informels Faire un rappel si nécessaire /identifier les problématiques et réajuster	Pdt le projet	Chef de projet COPIL Chef de projet
L'accompagnement des professionnels par l'équipe d'encadrement est effectif et efficace	Les compétences des professionnels sont adaptées et ont amélioré l'accompagnement des résidents atteints de démence	x		Sensibiliser les professionnels aux RBPP Développer et maintenir les compétences des professionnels par la formation en interne et externe	Durant le projet et après	Chef de projet Groupe 4 Copil

CONCLUSION

La prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées est un enjeu de santé en France comme en Europe. La prise en compte des politiques publiques, en faveur de ce public, a débuté dans les années 2000 au regard de différents constats : une évolution de la représentation de la personne âgée, une augmentation permanente de la dépendance et du nombre croissant de personnes atteintes de démence (selon l'INSERM «elles devraient être 1,3 million en 2020, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie »). Afin de répondre à la problématique de la prise en charge et des modes d'accueils de ce public, différents plans et lois ont été mis en place. En parallèle, la HAS et l'ANESM ont contribué à l'amélioration de l'accompagnement du public ciblé, en publiant des RBPP à destination des ESMS et des professionnels. Ce contexte exige que les EHPAD adaptent leurs offres de service et évaluent la qualité du service rendu aux usagers. L'EHPAD est confronté à un accueil de résidents de plus en plus âgés, dépendants et atteints de maladies démentielles.

Mon expérience, personnelle et professionnelle en tant qu'infirmière, a suscité un questionnement sur les pratiques professionnelles et l'accompagnement de ce public. Il me paraissait intéressant d'orienter mon mémoire sur cette thématique et de choisir un EHPAD dans le cadre de mon stage CAFERUIS en tant que cadre de service.

Mon expertise m'a permis de mettre en évidence la problématique suivante : une organisation et des pratiques inadaptées, au sein de l'EHPAD, ne permettent pas de répondre à un accompagnement personnalisé des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Pour répondre à cette problématique, j'ai proposé un projet qui doit induire des changements positifs et durables pour parvenir à une organisation stable et pérenne, à des pratiques professionnelles adaptées, à un management et un accompagnement performant des équipes. La finalité est de développer et maintenir à long terme un accompagnement optimal des personnes âgées atteintes de démence.

Enfin, suite à l'appel à projet lancé par la MDPH, l'EHPAD pourrait se saisir de cette opportunité pour réfléchir sur l'accueil de PHV. Les politiques actuelles orientées vers une mutualisation des ressources vont mener les EHPAD à s'ouvrir davantage sur leur environnement en favorisant plus de coopérations et de partenariats.

BIBLIOGRAPHIE

SOURCE DE DOCUMENTATIONS ET DE REFLEXION

➤ TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

Code de la sécurité sociale

Loi du 30 juin 1975 dites Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Décret n°95-926 du 18/08/1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 relative à la PSD, journal officiel du 25/01/1997, article 2

Arrêté du 26/04/1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle relative aux institutions sociales et médico-sociales

Plans Alzheimer **2001-2004/ 2004-2007/ 2007-2012**

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi du 11 février 2005 n° 2005-102 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Plan Solidarité Grand Age **2007-2012**

Décret n°2011-1047 du 02/09/2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

Projet Régional de Santé PACA **2012-2017**

Décret n°2013-22 du 08/08/2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les EHPAD

Plan Maladies Neuro-Dégénératives **2014-2019**

Schéma Départemental en faveur des personnes âgées des Alpes de Haute Provence **2015-2017**

Loi n°2015-1776 du 28/12/2015 d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV)

Décret n°2016-942 du 08/07/2016 relatif à l'organisation du DPC des professionnels de santé

Décret n°2016-1164 du 26/08/2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD

Arrêté du 03/03/2017 fixant le contenu du cahier des charges des CPOM

➤ **ANESM**

« La Bienveillance : définition et repères mis en œuvre » **Juillet 2008**

« Les attentes de la personne et le projet personnalisé » **Décembre 2008**

« Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » **Décembre 2008**

« Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » **2008**

« L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social » **Février 2009**

« Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » **Octobre 2010**

Qualité de vie en EHPAD : Volet 1 « De l'accueil de la personne à son accompagnement »

Volet 2 « Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne » **Février 2011**

Volet 3 « La vie sociale des résidents en EHPAD » Volet 4 « L'accompagnement personnalisé de la santé du résident » **2012**

« Enquêtes relative au degré de déploiement des pratiques professionnelles concourant à l'amélioration de la qualité de vie (bienveillance) dans les EHPAD » **2015**

« Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées » Volet EHPAD **2016**

« Le repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées » **2016**

➤ **HAS**

« Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » **Mai 2009**

« Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge » **Décembre 2011**

➤ **LA MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES**

« Dépendance et solidarités-Mieux aider les personnes âgées » commissariat général au Plan - 1991

Concept d'Humanitude, Yves Gineste et Rosette Marescotti, 1995

« La maladie d'Alzheimer » Girard Jean-François, Canestri Ana, décembre 2000, Editeur Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 82 pages

« Des Cantou d’hier aux unités de vie Alzheimer de demain » Revue n°486 Mai/Juin 2002

« La démence en 2030 » INSERM 1 Juillet 2013

Définition de la démence, OMS, Aide-mémoire n° 362 Mars 2015.

« Maladie d’Alzheimer, évolution des dispositifs, des métiers, Quelles politiques publiques ?
Anne Meyer-Heine, Intellection 17, Editions Academia, 2012, 165 pages

« Démence et projet de vie- Accompagner les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer
ou apparentées » Delamarre Cécile, DUNOD, 2015, 222 pages

➤ **NOTIONS AUTOUR DE LA PERSONNE AGEE ET DEMENTE**

« L’offre en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2011 » DREES n°877
Février 2014

« 693000 résidents en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2011 » DREES
n°899 Décembre 2014

« Vieillesse et santé » OMS, Aide-mémoire n° 404 Septembre 2015

« Le vieillard dépendant, approche de la dépendance » Revue Gérontologie n°12

« Projections de populations 2013-2070 » INSEE-Résultats n°187 du 3 Novembre 2016

➤ **AUTRES**

« Le projet personnalisé ou l’engagement dû au bénéficiaire » Loubat Jean René 1998, Les
cahiers de l’actif, n°266-267

➤ **SITES INTERNET VISITES**

Agevillage.com

ANESM

ARS PACA

Association France Alzheimer

DREES

Fondation Médéric Alzheimer

HAS

INSEE

INSERM

Legifrance.gouv.fr

Observationsociété.fr

OMS

Social-sante.gouv.fr

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1	QU'EST-CE QUE LA GRILLE AGGIR ?	52
ANNEXE 2	GROUPE ISO-RESSOURCES	53
ANNEXE 3	LES DEMENCES	54
ANNEXE 4	LES TESTS DE DEPISTAGE	56
ANNEXE 5	PROJET PERSONNALISE	58
ANNEXE 6	LE CONCEPT D'HUMANITUDE	71
ANNEXE 7	MESURE 16 DU PLAN ALZHEIMER 2008/2012	72
ANNEXE 8	AXE 1 /OBJECTIF N°6 : VALORISER LES COMPETENCES ET DEVELOPPER LES FORMATIONS DES PROFESSIONNELS	73
ANNEXE 9	REFERENTIEL DE FORMATION D'ASSISTANTE DE SOINS EN GERONTOLOGIE	74

ANNEXE 1 Qu'est-ce que la grille AGGIR ?

Comment le GIR est-il déterminé dans le cadre d'une demande d'APA en établissement ?

La grille nationale AGGIR permet aux équipes médico-sociales d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (GIR). L'APA est versée directement à l'établissement et vient en déduction du tarif dépendance pour les GIR 3-4 et 1-2. Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'APA.

A chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

La grille AGGIR évalue les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites discriminantes, et 7 activités domestiques et sociales, dites illustratives. Seules les 10 activités dites discriminantes sont utilisées pour déterminer le GIR dont relève la personne âgée. Les 7 autres activités dites illustratives sont destinées à apporter des informations pour l'élaboration et la mise en place d'un plan d'aide et d'accompagnement adapté de la personne âgée.

Activités évaluées

- Activités corporelles et mentales (discriminantes)
- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps,
- Faire sa toilette,
- S'habiller, se déshabiller,
- Se servir et manger,
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale,
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre,
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie,
- Se déplacer en dehors du lieu de vie,
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin.
- Activités domestiques et sociales (illustratives)
- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires,
- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis,
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants, Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel,
- Acheter volontairement des biens,
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement,
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir.

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

ANNEXE 2 GROUPES ISO-RESSOURCES

Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. La présence constante d'intervenants est indispensable.

Le GIR 2 comprend deux groupes de personnes dépendantes.

→Celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées ; une prise en charge est nécessaire pour la plupart des activités de la vie courante.

→Celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui peuvent se déplacer ; certains gestes, tels que l'habillage, la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.

Le GIR 3 correspond aux personnes qui ont conservé partiellement leurs capacités motrices, mais ont besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver, aller aux toilettes.

Le GIR 4 regroupe deux types de personnes.

→Celles qui ont besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais peuvent se déplacer seules à l'intérieur du logement ; une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage.

→Celles qui n'ont pas de problème de transfert ou de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

Le GIR 5 désignent les personnes qui sont relativement autonomes dans leurs activités : elles se déplacent seules, mais ont besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement.

Le GIR 6 concerne les personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.

Les personnes classées en GIR 5 et 6 ne peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Source : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

ANNEXE 3 LES DEMENCES

→« HISTORIQUE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER »

« En **1907**, la maladie éponyme a été identifiée par le psychiatre et neuropathologiste allemand **Aloïs Alzheimer** (1864-1915). Il étudia le cas d'Auguste Deter, une patiente de 51 ans admise à l'Hôpital de Frankfort pour cause de démence. Elle présentait des troubles de la mémoire, un mutisme, une désorientation et des hallucinations. Après la mort de sa patiente, Alzheimer pratiqua l'autopsie de son cerveau et décrivit les deux lésions neuropathologiques principales de la maladie d'Alzheimer : les plaques séniles et les dégénérescences neurofibrillaires. Il conclut à une « maladie particulière du cortex cérébral ».

En **1910**, le nom de « maladie d'Alzheimer » fut donné à cette pathologie. Il est à noter que d'autres scientifiques ont participé à cette découverte : le psychiatre et neuropathologiste tchèque **Oskar Fischer** (1876-1942) avait décrit la présence des plaques séniles dans le cerveau de 12 patients âgés atteints de démence, et le médecin italien **Gaetano Perusini** (1879-1915), collaborateur d'Aloïs Alzheimer, a également contribué fortement à la découverte de cette pathologie. Le développement de nouveaux outils d'analyse (la microscopie, la coloration des coupes de tissu cérébral etc...) a permis à d'autres neurologues et psychiatres de décrire plus précisément la maladie d'Alzheimer et de la définir en tant qu'entité clinique. »

source : <https://www.maladiealzheimer.fr/historique-maladie-alzheimer/>

→« Ce n'est cependant pas Alois Alzheimer lui-même qui proposa son nom pour décrire ce syndrome, mais plutôt Emil Kraepelin, son patron au laboratoire de Munich qui l'avait recruté quelques années plus tôt. Considéré par plusieurs comme le fondateur de la psychiatrie scientifique, Kraepelin inclut la description du cas d'Auguste Deter dans la huitième édition de son livre « Psychiatrie » publié en 1910. ».

Source : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/histoire_jaune03.htm

→LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES MALADIES APPARENTÉES

En neurologie, les formes de dégénérescence du cerveau font parties de la catégorie des « démences ». Mais toutes les démences séniles ne sont pas des maladies d'Alzheimer. Il existe ainsi plusieurs maladies apparentées à celle d'Alzheimer dont les symptômes de départ varient, et qu'il est nécessaire de distinguer pour suivre le traitement adéquat.

1. La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative, qui entraîne la perte progressive et irréversible des cellules nerveuses. Cette altération du cerveau, qui peut durer de 8 à 10 ans, entraîne ainsi la perte inéluctable de plusieurs fonctions cognitives comme la mémoire, le langage, la coordination corporelle et gestuelle, la capacité d'orientation dans le temps et l'espace ou les facultés de réflexion et de déduction.

Aujourd'hui, le terme « maladie d'Alzheimer » évoque plusieurs maladies qui manifestent des troubles semblables, mais il s'agit là d'un abus de langage.

Plusieurs maladies, regroupées sous le terme générique de « maladies apparentées » à celle d'Alzheimer ou « démences », possèdent des caractéristiques propres même si leur point commun est la dégénérescence neuronale.

2. La démence vasculaire est très peu connue alors qu'elle représente la deuxième cause de démence en France, au vu du nombre de personnes atteintes. Les troubles neurologiques constatés sont dus à un Accident Cardio-Vasculaire (AVC), qui se manifeste par une hémorragie ou une embolie des vaisseaux cérébraux. La qualification de démence vasculaire dépend alors des facultés touchées, et de leur possibilité de récupération. Parfois, les pertes cognitives sont irréversibles.

3. La maladie à corps de Lewy .Avec 15 à 20% des cas de maladies neurodégénératives, la maladie à corps de Lewy occupe la 3ème place. Mal connue, cette maladie est provoquée par des dépôts anormaux de « corps de Lewy » dans les neurones. Les premiers symptômes sont surtout des troubles de l'attention avec peu de problèmes de mémoire. Puis, suivent des syncopes, des chutes en arrière, des symptômes parkinsoniens, des hallucinations... L'évolution vers la démence est beaucoup plus rapide qu'avec la maladie d'Alzheimer.

4. La Dégénérescence Fronto-Temporale (DFT) Il existe les dégénérescences fronto-temporales, dont la maladie de Pick. Celle-ci est caractérisée par la présence de cellules particulières appelées « corps de Pick », et découvertes après autopsie. Ces maladies sont appelées ainsi car les zones frontales et parfois temporales du cerveau sont touchées, provoquant des troubles du comportement et de la personnalité (repli sur soi, négligence physique, impulsivité et vulgarité, colères et susceptibilité excessives) et parfois du langage. Par contre, les troubles de la mémoire sont beaucoup moins importants que dans la maladie d'Alzheimer. Ces maladies se déclarent en général avant 65 ans, mais évoluent sur 10 à 15 ans. A noter que les malades atteints de DFT gardent leur autonomie et conservent longtemps leurs capacités cérébrales (réflexion, orientation).

Sources : <https://www.capretraite.fr/la-maladie-d-alzheimer-et-les-maladies-apparentees/>
<http://www.francealzheimer.org/les-maladies-apparent%C3%A9es/la-maladie-%C3%A0-corps-de-lewy/178>

ANNEXE 4 LES TESTS DE DEPISTAGE

Le test de l'horloge.

Il s'intéresse aux praxies, à l'attention, aux connaissances sémantiques, aux capacités exécutives, aux troubles visuels et à l'orientation dans le temps et dans l'espace. Le test consiste pour le patient à dessiner une horloge et à placer les aiguilles à 3 heures moins 10 minutes, par exemple. Quatre critères sont étudiés : la position du chiffre 12 en haut du cercle, l'inscription de 12 chiffres, le nombre d'aiguilles et l'heure exacte demandée

Le premier signe associé à des troubles mnésiques est le mauvais positionnement des aiguilles, puis apparaissent les difficultés de positionnement des chiffres

→ On présente au patient un cercle avec un point central en lui précisant qu'il représente le cadran d'une montre ou d'une horloge.

→ On lui demande de positionner les chiffres correspondant aux heures

→ On lui demande ensuite de représenter une heure précise : 10 heures 20 ou 16 heures moins 10 généralement sans préciser qu'il faut dessiner des aiguilles.

Le score normal est 7/7 Tout point perdu est pathologique

Le test à une bonne sensibilité de détection de démence mais pas de spécificité pour la maladie d'Alzheimer.

Le Mini Mental State (MMS) de Folstein.

Test le plus connu et le plus usité, validé sur le plan international, il permet une exploration cognitive globale d'un patient à l'aide de trente questions. Ce test réalisable en une quinzaine de minutes apporte des informations sur l'orientation dans le temps et dans l'espace du patient, sur sa mémoire à court et moyen terme, sur le calcul mental, l'attention, le langage, la compréhension et la praxie constructive. Noté sur 30, un score inférieur à 26 doit alerter l'examineur et l'inciter à faire pratiquer des tests plus approfondis.

Source : http://www.saging.com/mise_au_point/tests-devaluation-de-la-memoire

Il est reconnu par la HAS. Lors de sa réalisation, la présence d'un médecin n'est pas nécessaire. Chaque réponse exacte vaut 1 point, d'où une note finale sur 30.

Tableau des niveaux de détériorations intellectuelles par rapport au score réalisé:

Niveau de détérioration intellectuelle	Score réalisé (Sur 30)
- Mineure	De 15 à 21 points
- Modéré	De 5 à 15 points
- Sévère	De 0 à 5 points

Source <http://tpe-alzheimer-ism.webnode.fr/ii-la-detection-de-la-maladie/etape-1-le-mms-mini-mental-state>

Inventaire Neuropsychiatrique - version Equipe Soignante : NPI-ES

Le but de l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des patients souffrant de démence.

Le NPI version pour équipe soignante (NPI-ES) a été développé pour évaluer des patients vivant en institution.

Le NPI-ES peut être utilisé par un évaluateur externe qui va s'entretenir avec un membre de l'équipe (par exemple, dans le cadre d'une recherche ou d'une évaluation externe) mais peut aussi être utilisé directement par un membre de l'équipe soignante.

Comme dans le NPI, sont pris en compte dans le NPI-ES.

10 domaines comportementaux : Idées délirantes/Hallucinations/

Agitation-Agressivité/Dépression/Anxiété/Exaltation de l'humeur- Euphorie

/Apathie-Indifférence/Désinhibition/Irritabilité-Instabilité de l'humeur /Comportement moteur aberrant.

et **2 variables neurovégétatives** : Sommeil et Appétit-Troubles de l'appétit

L'interview du NPI-ES

Le NPI-ES se base sur les réponses d'un membre de l'équipe soignante impliquée dans la prise en charge du patient.

L'entretien ou l'évaluation est conduit de préférence en l'absence du patient afin de faciliter une discussion ouverte sur des comportements qui pourraient être difficiles à décrire en sa présence.

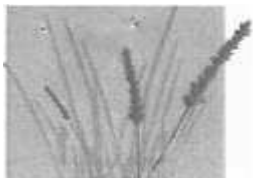
Lorsque vous présentez l'interview NPI-ES au soignant, insistez sur les points suivants :

Le but de l'interview Les cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles

Les réponses se rapportent à des comportements qui ont été présents durant la semaine passée ou pendant des autres périodes bien définies (par exemple depuis 1 mois ou depuis la dernière évaluation)

Les réponses doivent être brèves et peuvent être formulées par « oui » ou « non »

<https://www.has-sante.fr> **Recommandations de Bonnes Pratiques « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs »**
Mai 2009.



LES JARDINS DU CIGALOUN

Réunion projet personnalisé initiale

Date de la réunion :

Date d'entrée dans l'établissement :

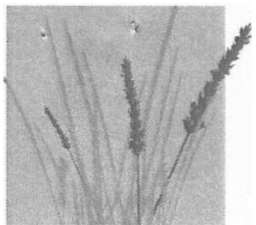
Membres du personnel présents :

Nom du référent accueil :

Résident présent : oui non

Membres de sa famille : oui non

Tuteur : oui non



Réunion de projet personnalisé initiale de

Lieu de vie / chambre :

Constat :

Propositions/ Objectifs :

Le soin :

Constat :

Propositions/Objectifs

Le médical :

Constat :

Propositions / Objectifs

La restauration :

Constat :

Propositions / Objectifs

L'animation/ la vie sociale et familiale :

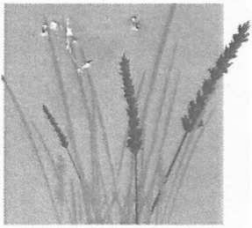
Constat :

Propositions/objectifs :

Bilan psychologique :

Constat :

Propositions / objectifs



LES JARDINS DU CIGALOUN

PROJET PERSONNALISE DU RESIDENT **AVENANT DESCRIPTIF DES OBJECTIFS DE LA** **PRISE EN CHARGE ET** **DES PRESTATIONS ADAPTEES AU RESIDENT**

ARTICLE 1 : BILAN DE L'AUTONOMIE DU RESIDENT

A la date du _____ M/Mme _____ présente

les dépendances et les besoins d'aides suivants :

I. Toilette et habillage

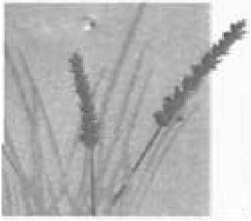
Fait seul(e)	
A besoin d'une aide partielle	
A besoin d'une aide complète	

II. Alimentation

Fait seul(e)	
A besoin d'une aide partielle	
A besoin d'une aide complète	

III. Cohérence

Résultat du test de Folstein ou mini mental score (MMS)



IV. Mobilité (orientation, transferts, déplacements intérieurs et extérieurs)

Fait seul(e)	
A besoin d'une aide partielle	
A besoin d'une aide complète	

V. Elimination (incontinence)

Fait seul(e)	
A besoin d'une aide partielle	
A besoin d'une aide complète	

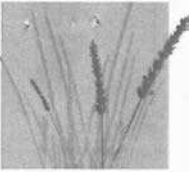
Au vu des dépendances que présente le résident et afin de permettre la prise en charge la plus adaptée du résident au sein de l'établissement, il a été décidé, avec sa participation, de définir les objectifs et de mettre en œuvre les prestations décrites ci-dessous.

Les objectifs et prestations sont susceptibles d'être modifiés, notamment au regard de l'évolution de l'état de dépendance de la personne accueillie.

ARTICLE 2 : LES OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE DU RESIDENT

Ces différents éléments définis avec le résident constituent les objectifs vers lesquels doit s'orienter la prise en charge.

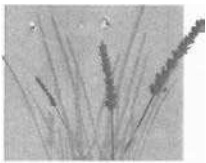
11.1 Objectifs de prise en charge destinés à la préservation de l'hygiène du résident



II.2 Objectifs de prise en charge alimentaire du résident

II.3 Objectifs de prise en charge destinés à la préservation de la santé du résident.

II.4 Objectifs de prise en charge destinés à la préservation de la sante du résident



ARTICLE 3 : LES PRESTATIONS ADAPTEES AU RESIDENT

En conformité avec la loi du 02 janvier 2002, la charte de la personne accueillie et plus globalement avec le droit des usagers, l'établissement propose l'ensemble des prestations décrites ci-dessous au résident, qui reste entièrement libre d'en accepter ou d'en refuser le bénéfice

Afin de tendre vers la réalisation des objectifs définis à l'article II du présent contrat, l'établissement s'engage à mettre en œuvre les prestations suivantes :

III.1 Prestations destinées à la préservation de l'hygiène du résident Prestations

Aide à la toilette	OUI / NON
Aide à l'élimination	OUI / NON
Participation à l'habillage	OUI / NON
Application d'un dispositif de lutte contre l'incontinence	OUI / NON

III.2 Prestations d'aide à l'alimentation du résident

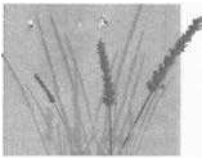
Aide aux repas (se servir / manger)	OUI / NON
Suivi d'un régime alimentaire	OUI / NON
Contrôle de l'hydratation du résident	OUI / NON

III.3 Participation destinées à la préservation de l'autonomie intellectuelle du résident

Participation aux activités réalisées à l'intérieur de l'établissement	OUI / NON
Participation aux activités réalisées à l'extérieur de l'établissement	OUI / NON
Participation aux activités occupationnelles	OUI / NON

III.4 Prestations destinées à la préservation de la mobilité du résident.

Mise à disposition de matériels d'aide aux déplacements et aux transferts	OUI / NON
---	-----------



III.4 Prestations autres destinées à la préservation du résident

Bénéfice des aménagements spécifiques de l'établissement	OUI/NON
Aide à l'orientation temporo spatiale (codes, couleurs...)	OUI/NON
Mise à disposition de matériels d'aide aux déplacements et aux transferts (canne, déambulateur...)	OUI/NON
Participation aux activités thérapeutiques (gym douce, ateliers.....)	OUI/NON

III.5 Prestations destinées à la préservation de la sante du résident

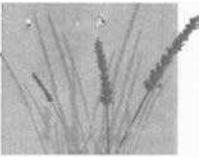
Suivie et surveillance du traitement	
Soins techniques infirmiers	
Soins d'hygiène	
Entretien psychologique (psychologue)	
Mise en place de contrôle périodique de la bonne utilisation des prothèses auditives, dentaires et visuelles	

Fait à _____ en double exemplaire le,

Pour l'établissement

Le résident ou son Représentant légal

« Avec mention lu et approuvée »



REFERENT :

DOSSIER DE VIE SOCIALE

Madame, Monsieur

Le dossier de vie sociale que vous allez renseigner est un accueil d'informations qui nous permettra de préparer ensemble, l'accueil et l'accompagnement de votre proche au sein de notre établissement.

Les renseignements que vous pourrez nous fournir resteront confidentiels.

Nous vous remercions par avance de l'attention que vous porterez à ce dossier.

« L'équipe des Jardins du Cigaloun »

Résident :

M. Mme Mlle (Veuillez entourer la réponse adéquate)

Nom : Prénom :

Date de Naissance :



Document renseigné par :

M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Lien de parenté :

Le parcours de vie de votre proche

Statut familial :

Célibataire Concubin (e) Divorcé (e) Marié(e) Séparé(e) Veuf (Ve)

Nombre d'enfants : Nombre de petits enfants : Nombre d arrières

Vous trouverez à la fin de ce questionnaire un espace destiné à créer l'arbre généalogique de votre proche.

Événements marquants :

(Naissance, mariage, décès, parcours scolaire et professionnels, lieux de vie (ville ou région),

Déménagements éventuels....)

- Durant l'enfance et l'adolescence

- Durant la vie adulte et la retraite

Si l'espace alloué est insuffisant, n'hésitez pas à retracer la vie de votre proche sur papier libre

Vie culturelle et Sociale

	Avant la maladie	Depuis la maladie
Loisirs, Activités, sportives, Activités artistiques		
Activités pratiquées au domicile (lecture, télévision, jardinage, tricot, etc...)		
Passions, centres d'intérêts, collection		
Implication à une vie associative (adhésion à un club, bénévolat, etc.)		
Sorties, cinéma, théâtre, exposition		

Ses préférences :

•Musicales :

•Littéraires :

•Radio :

•Télévision :

Habitudes de vie :

Heure du lever :

Heure du coucher :

Habitudes alimentaires :

Petit déjeuner :

Déjeuner :

Diner :

TISANE : OUI NON

Plats appréciés :

Plats non appréciés :

Vie spirituelle et religieuse :

Culte

Autre

Pratiquant oui

non

Renseignements complémentaires : Les animaux de compagnie.

1. **Son nom**

2. **Son nom**

3. **Son nom**

Personnalité et caractère

Comment pouvez-vous décrire

	Avant la maladie	Depuis la maladie
Sa personnalité		
Ses relations sociales (familiale et amicale)		
Ses craintes, ses sources d'angoisse)		

Accompagnement de votre proche depuis la maladie :

Quels sont les principaux changements observés ?

A-t-il mis en place des rituels ?

Utilise-t-il des « mots clés » pour s'exprimer ? Si oui lesquels ?

IL y a-t-il un moment dans la journée où son comportement change ?

Comment se manifeste-t-il ?

Avez-vous des solutions pour y remédier ? (mots/gestes apaisants/distractions) ?

ARBRE GENEALOGIQUE

Cet espace est dédié a la création d'un arbre généalogique de votre proche. (Prénoms, dates de naissance, de décès, des conjoints, des enfants, petits -enfants..).

Il peut être pertinent de notifier également des prénoms des parents de votre proche, et ses éventuels frères et sœurs.

L'équipe des Jardins du Cigaloun vous remercie d'avoir renseigné ce dossier. Nous restons à votre entière disposition pour d'éventuels questionnements sur l'accompagnement de votre proche.

ANNEXE 6 LE CONCEPT D'HUMANITUDE¹

« Le concept d'Humanitude est né en 1980 aux Etats-Unis porté par Freddy Klopfenstein. En 1989, un gériatre français, Lucien Mias, introduit pour la première fois le terme d'Humanitude dans les soins. Et c'est en 1995 que Rosette Marescotti et Yves Gineste décident d'écrire une nouvelle philosophie de soins qu'ils baptisent la « philosophie de l'Humanitude ». Nous les avons rencontrés lors d'un colloque sur les approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer.

Les principes de l'Humanitude

L'Humanitude est une approche des soins fondée sur l'adaptation du soignant au patient, qui doit toujours être considéré comme une personne. C'est aussi une philosophie du lien, du soutien et de l'accompagnement dans laquelle chacun est considéré comme quelqu'un d'autonome à vie, qui peut faire ses propres choix et sait ce qui est mieux pour lui. Une méthodologie fondée sur un certain nombre de principes de bienveillance :

- Le regard, le regard échangé doit être tendre
- La parole, indispensable lors de l'exécution d'un soin même si le patient ne peut répondre
- Le toucher est également un appel d'Humanitude comme «confirmation de notre présence au monde», particulièrement important lorsque la parole n'est plus là.
- La verticalité : la station debout est celle qui distingue l'humain. Elle a de nombreux bénéfices, tant psychologiques que physiques pour la personne, et ce, à tout âge. Une personne âgée peut et doit vivre « debout ».

Le sourire est considéré comme essentiel dans cette philosophie du soin qui est enfin régie par un principe de bienveillance fondamental : le « zéro soin de force ». »

¹ Sandrine Goldschmidt <http://generationcare.fr/humanitude-dans-les-soins-yves-gineste-rosette-marescotti/>

ANNEXE 7 MESURE 16 DU PLAN ALZHEIMER 2008/2012

Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

LES UNITÉS ET LES PÔLES SPÉCIFIQUES DANS LES EHPAD ET LES USLD

DÉFINITION ET OBJECTIFS DE LA MESURE

La mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place d'un dispositif spécifique qui vise à développer, dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les USLD, un accompagnement adapté des malades d'Alzheimer présentant des troubles du comportement. Ce dispositif recouvre la création de pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et d'unités d'hébergement renforcées (UHR). Il est mis en œuvre par l'adaptation de places existantes ou dans le cadre de projets de création ou d'extension de places nouvelles.

Les PASA et les UHR s'intègrent dans un projet d'établissement qui peut comporter d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Définitions

Les principales caractéristiques des PASA et des UHR reposent sur :

- l'accueil d'une population ciblée : personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement ;
- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades ;
- l'élaboration d'un projet adapté de soins et d'un projet de vie personnalisé ;
- la participation des familles et des proches ;
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

a) Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)

Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) est un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés.

Ce pôle accueille chaque jour au plus, et selon les besoins des personnes, 12 à 14 résidents de l'EHPAD.

b) Les unités d'hébergement renforcées (UHR)

L'unité d'hébergement renforcée (UHR) est un lieu de vie qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. Cette unité sera créée au sein des EHPAD et des USLD.

L'unité héberge de 12 à 14 résidents dans les EHPAD.

Ces pôles et ces unités seront renforcés en personnels spécifiquement formés à la maladie : ergo- thérapeute, psychomotricien et futur assistant de soins en gérontologie.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de :

- L'ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » (9 mars 2009) ;
- La HAS « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » (à paraître en 2009), et « Prescription de psychotropes » s'appliquent aux établissements accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et donc aux structures intégrant des PASA et des UHR. ».

Extraits choisis sur <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdeschargesPASA et UHR-2>.

ANNEXE 8 AXE 1 /Objectif n°6 : Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels

Extraits issus du Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012. 01/02/2008

AXE I. AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES MALADES ET DES AIDANTS

Objectif n°6 Valoriser les compétences et développer les formations des professionnels

Mesure n°20

Un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer

Dans le cadre d'un plan global sur les métiers du médico-social, qui sera prochainement présenté par le gouvernement, des mesures spécifiques seront dédiées à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

1) création d'une formation qualifiante pour les coordonnateurs. Sur la base des expérimentations de « case manager », une formation de coordonnateur sera créée, afin de parvenir à l'objectif de 1000 coordonnateurs formés en 2012.

2) amélioration de la prise en charge des malades par la mise à disposition de compétences professionnelles nouvelles.

(a) **identification et professionnalisation, d'une fonction « d'assistant en gérontologie »**
L'assistant de gérontologie contribuera à la prise en charge des malades en situation de grande dépendance ou présentant des troubles cognitifs : il lui appartiendra de suivre le plan de soin, d'aide et d'accompagnement proposé par l'équipe médicale et l'infirmière coordonnatrice. L'aide à la vie quotidienne, les techniques de soins spécifiques, la démarche de soins de soutien sont au cœur de son métier.

(b) **mise à disposition de personnels spécialisés dans les métiers de la réhabilitation cognitive et comportementale** : • La formation initiale des ergothérapeutes et des psychomotriciens intégrera un module de formation axé sur les neurosciences et la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. • Les objectifs d'amélioration de la prise en charge des malades conduisent à prévoir la formation initiale de 2000 professionnels psychomotriciens et ergothérapeutes supplémentaires : cette programmation devra faire l'objet d'une concertation avec l'Association des Régions de France dans le cadre du plan Métiers. Ces personnels nouveaux interviendront en établissements, SSR, SSIAD.

3) plan de formation spécifique de l'ensemble du personnel intervenant dans les unités adaptées des EHPAD

Source : http://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

ANNEXE 9 REFERENTIEL DE FORMATION D'ASSISTANTE DE SOINS EN GERONTOLOGIE

JE DONNERAI DANS CETTE ANNEXE QUE DES EXTRAITS.

Cette formation est destinée aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale en situation d'emploi auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

La recherche de sens dans les troubles du comportement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, l'appui sur les compétences et les capacités résiduelles, ainsi qu'une communication adaptée doivent être priorités dans cette formation.

Celle-ci doit permettre aux professionnels d'acquérir les compétences mentionnées dans le référentiel de la fonction d'assistant de soins en gérontologie afin d'offrir aux professionnels des outils contribuant à un accompagnement optimal des personnes malades et de leurs aidants.

Sa durée est de 140 heures et elle s'appuie autant que possible sur l'analyse des pratiques en valorisant l'expérience professionnelle dispensée dans les différents lieux d'exercice.

Les volumes horaires indiqués, pour les domaines de formation 1 et 5, peuvent donner lieu à des ajustements (dans la limite de 7 heures) par les établissements de formation en fonction de l'adaptation de leur projet pédagogique aux besoins de formation repérés.

DF1 – Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne (35 heures)

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ; Les troubles cognitifs

Réflexion sur l'éthique de l'accompagnement

Le projet individualisé

- approche des méthodes et techniques d'élaboration et de mise en œuvre du projet individualisé
- prise en compte des compétences de la personne, de son degré d'autonomie, de ses capacités
- participation à l'élaboration du projet individualisé et définition des priorités d'actions
- planification, organisation et adaptation de l'intervention en lien avec l'encadrement
- participation à l'évaluation du projet individualisé.
- le rendu compte de l'intervention.

Le travail en équipe pluri-professionnelle et coordination du travail en équipe pluridisciplinaire

DF2 – Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie (21 heures)

Particularités de l'accompagnement d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer

L'accompagnement lors des différents moments de la journée, supports à la relation

Le repas : élaboration de menus adaptés, organisation du repas, l'aspect thérapeutique et convivial

- le sens du repas, installation, gestes et postures adaptés,

- troubles de la déglutition et refus alimentaire

DF3 : Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues (28 heures)

Vie collective, Dynamique de groupe, Gestion des relations, Gestion des conflits

Les relations des professionnels avec les familles : enjeux personnels et partenariat

L'importance d'une communication adaptée et les différents modes

Définition et objectifs des principales activités cognitives, motrices, sociales et sensorielles

Organisation générale des activités et Approche des objectifs d'une action d'animation

Protocole et personnalisation des activités. Méthodes et Techniques d'animation

Projet d'animation et Evaluation

DF4 – Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé (28 heures)

Analyse et compréhension des manifestations de la maladie

Notion de Maladie ; Les processus pathologiques ;

Techniques et outils d'évaluation (NPI, MMSE...)

Les signes psychologiques et comportementaux, conduites à tenir

DF5 – Réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées (28 heures)

Situation de soins et Techniques de soins appropriées à la maladie d'Alzheimer

Rôle de l'assistant de soins en gériatrie dans l'administration des médicaments

Notions de maltraitance et de bientraitance

Consentement de la personne et refus d'aide et de soins, opposition

Problèmes de fin de vie

Source : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/referentiel_de_formation_AsH.pdf

TABLE DES SCHEMAS ET TABLEAUX

SCHEMA 1 : ORGANIGRAMME « LES JARDINS DU CIGALOUN »	77
TABLEAU 2 : LES EFFECTIFS DE L'EHPAD.....	78
TABLEAU 3 : SWOT OU FFRO	79
SCHEMA 2 : ARBRE A PROJET	82
TABLEAU 4 : PLAN D' ACTIONS DETAILLEES 2017.....	83
TABLEAU 5 : CALENDRIER PREVISIONNEL/ PLAN D' ACTIONS 2017	102
TABLEAU 6 : EVALUATION PROJET.....	104

SCHEMA 1 : ORGANIGRAMME « LES JARDINS DU CIGALOUN »

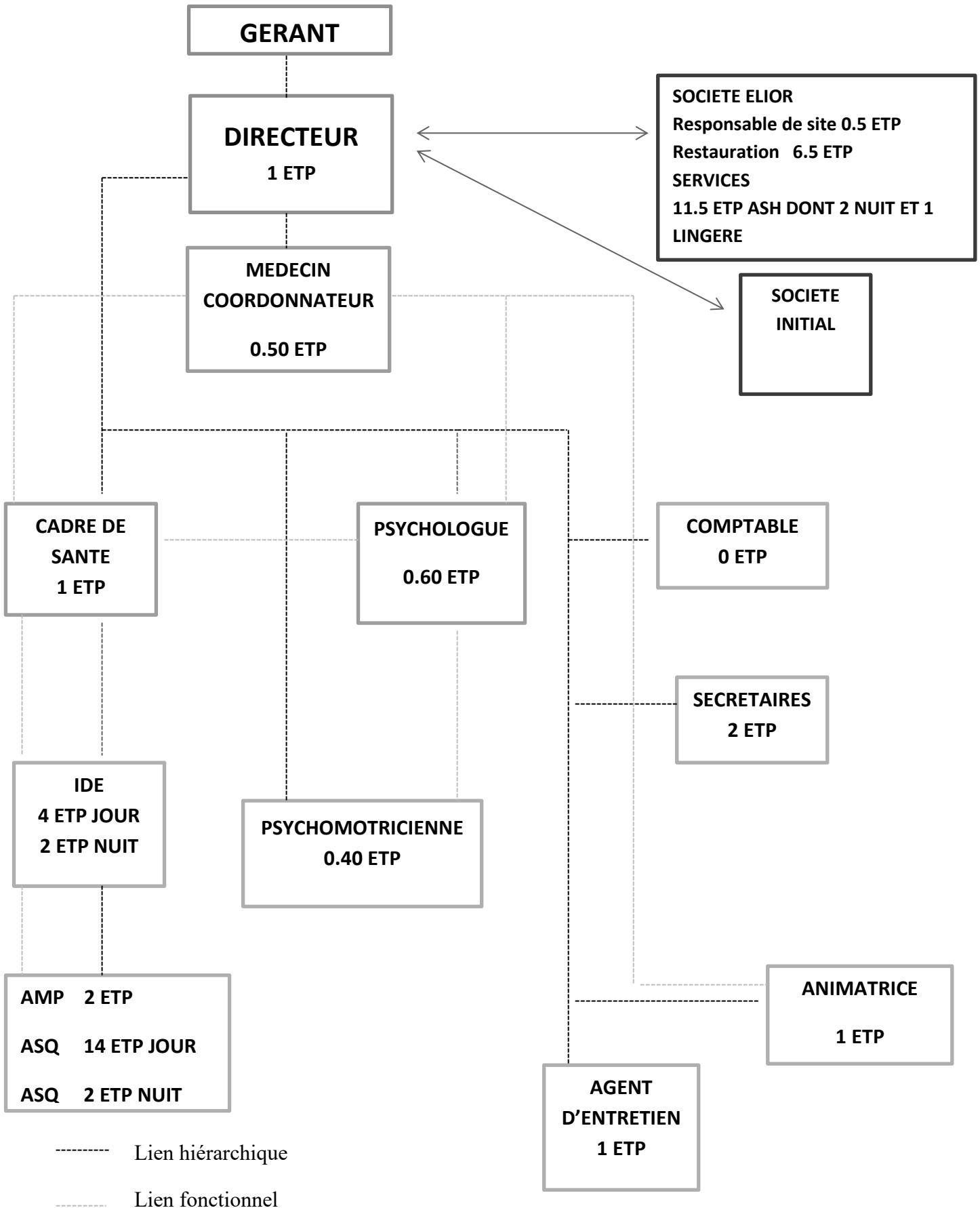


TABLEAU 2 : LES EFFECTIFS DE L'EHPAD

POSTE	EFFECTIF EN ETP JANVIER 2017	EFFECTIF FINANCE PAR LA CONVENTION TRIPARTITE > 01/12/2014	COMMENTAIRE
DIRECTEUR	1 ETP	3.50 ETP DONT LA COMPTABLE	
COMPTABLE	0 ETP		PRESTATAIRE EXTERNE
SECRETAIRE	2 ETP		
MEDEC	0.50 ETP	0.50 ETP	RECRUTE LE 06/06/2016
CADRE DE SANTE	1 ETP	7 ETP	
IDE	6 ETP		
AMP ASQ	18 ETP	18 ETP	
PSYCHOLOGUE	0.60 ETP	0.80 ETP	0.20 ETP REPORTE SUR ETP SECRETARIAT MEDICAL VALIDE PAR ARS
PSYCHOMOTRICIENNE	0.40 ETP	0.40 ETP	
ANIMATRICE	1 ETP	1 ETP	
AGENT ENTRETIEN	1 ETP	CUISINE/SERVICES 2 ETP ASH 14 ETP	
ELIOR : RESPONSABLE RESTAURATION SERVICES ASH	18.50 ETP : 0.5 ETP 6.50 ETP 11.50 ETP		

TABLEAU 3 : SWOT OU FFRO

LES FORCES	
<u>L'institution</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Véhicule des valeurs inscrites dans son projet d'établissement récemment actualisé - Sa gestion financière est saine - Bénéficie d'une reconnaissance locale - Souhaite s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité - Est en conformité avec les 7 outils règlementaires issus de la loi 2002.2 - A engagé une réflexion sur la création d'un projet « Snoezelen » - Etablissement récent, moderne, spacieux et confortable répondant aux normes architecturales et sécuritaires - La direction entretient de bonnes relations avec son personnel - Est en conformité avec les formations obligatoires : AFGSU et sécurité et incendie
<u>Les professionnels</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Un personnel diplômé, qualifié, pluridisciplinaire, disponible et « soucieux de bien faire » - Un turn-over faible et un bon ratio des effectifs - Une dynamique constatée autour du projet personnalisé lors de l'évaluation externe et l'écriture du PE. - Les fiches de postes ont été réactualisées - L'ensemble des professionnels ont participé à l'évaluation interne et à l'élaboration du PE
<u>Les usagers</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Une bonne participation des résidents et des familles à l'amélioration et la qualité de vie au sein de l'EHPAD : - CVS, enquêtes de satisfaction, co-construction du projet personnalisé. - Une bonne entente entre les usagers, les familles, la direction, le personnel d'encadrement et les professionnels, climat convivial - Satisfaction des usagers et des familles concernant les prestations, l'accompagnement et l'animation.

TABLEAU 3 : SWOT OU FFRO

<u>LES FAIBLESSES</u>	
<u>La formation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Une politique de formation insuffisamment adaptée à l'évolution des besoins et attentes des professionnels et des besoins des résidents atteints de maladies neurodégénératives - Absence d'informations et de formations internes à destination des professionnels : pathologies et accompagnement des résidents atteints de démence - Manque d'appropriation et de sensibilisation des RBPP par les professionnels - Absence de formation dans le cadre du DPC, exigée depuis janvier 2013
<u>Les professionnels</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Un accompagnement des résidents atteints de démence peu adapté et personnalisé lié à : <ul style="list-style-type: none"> → une organisation et un fonctionnement déficients du « Cantou » → une absence d'évaluation des pratiques professionnelles → un manque de questionnement des professionnels sur leurs pratiques : absence d'analyse des pratiques → une absence de concertation pluridisciplinaire et de réflexion éthique → une culture orientée sur le sanitaire au détriment d'une approche pluridimensionnelle du résident. → Une méthodologie d'élaboration, de suivi et d'évaluation du projet personnalisé en inadéquation avec les RBPP : manque de participation de certaines parties prenantes au PP, absence d'analyse pluridisciplinaire, défaut de la formalisation des objectifs opérationnels et de leurs mises en œuvre. - Un « essoufflement » de la dynamique de travail autour du PP et des pratiques existantes lié à : <ul style="list-style-type: none"> → des tensions inter-équipes et pluridisciplinaires risquant de générer des conflits, une démotivation de certains personnels, voire des risques psychosociaux. - un encadrement pas assez guidant, « pédagogique », formateur et fédérateur
<u>Les partenariats</u>	<ul style="list-style-type: none"> - un manque d'ouverture vers l'extérieur : un seul bénévole intervient dans l'EHPAD

TABLEAU 3 : SWOT OU FFRO

LES OPPORTUNITES	
<u>Les partenariats</u>	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence de compétences externes relatives à l'accompagnement des personnes atteintes de démence
<u>L'institution et l'offre de service</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Lancement d'un appel à projet départemental après évaluation des besoins avec la MDPH - Création d'une UHR- - Nouvelles lois en faveur des personnes âgées avec un handicap mental - Réalisation de la seconde évaluation interne en 2018 : état des lieux, analyse des pratiques

LES RISQUES	
<u>L'environnement externe</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Une concurrence liée à la proximité d'autres EHPAD sur le territoire - Une inadéquation entre l'offre de service et les orientations politiques concernant l'accueil de personnes âgées avec un handicap mental

SCHEMA 2 : ARBRE A PROJET

4 Objectifs généraux

Finalité

1 Optimiser L'organisation du Cantou

2 Impulser une dynamique de travail autour de la démarche des PP

3 Promouvoir un accompagnement de qualité des résidents atteints de la MA ou de maladies apparentées

4 Favoriser un management collaboratif et facilitateur

OBJECTIFS OPERATIONNELS

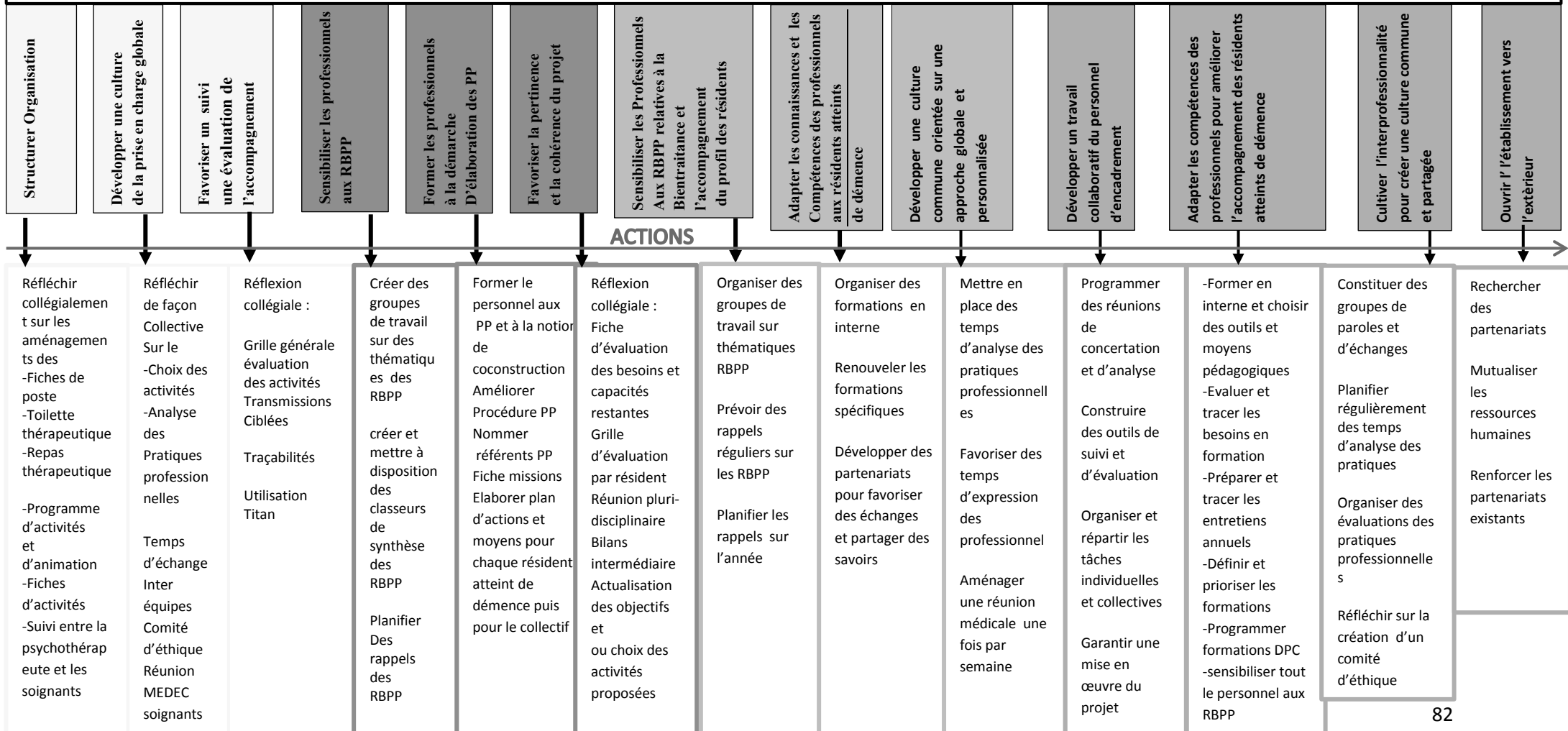


TABLEAU 4 : PLAN D' ACTIONS DETAILLEES 2017/2018

Rédactrice : chef de projet soltani Lydia. Date janvier 2017

Le projet	Actions	Acteurs	Temporalité	Fait oui/non	A améliorer
Présentation	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien avec le Directeur - Réunion de concertation avec MEDEC, IDEC et psychologue - Réunion générale 	Chef de projet	<p>Semaine 01 janvier</p> <p>Semaine 03 janvier</p>		
Organisation Du travail avec MEDEC IDEC PSYCHOLOGUE	<ul style="list-style-type: none"> - Créer le COPIL - Formaliser et organiser la démarche de travail - Créer les 4 groupes projet nommer les pilotes / définir les rôles et missions - Planifier les rencontres COPIL - Planifier les rencontres des groupes projet - Etablir un calendrier prévisionnel 	<p>Chef de projet COPIL</p> <p>COPIL</p> <p>COPIL COPIL Chef de projet COPIL</p>	<p>Semaine 02 janvier /réunion 1/ durée 2h30</p> <p>Semaine 03 janvier / réunion 2 /durée 2h30</p> <p>1x/15 jours semaine 04 à 48/ durée 1h30 à 2h 1 x /15 jours semaine 05 à 48/ de 13h à 14h30</p> <p>Courant Janvier et pendant le projet</p>		
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Définir un Suivi régulier - Planifier réunion de bilan intermédiaire - Restituer les comptes rendus des bilans au Directeur/ au CVS aux professionnels / aux cadres et partenaires 	<p>Chef de projet Chef de projet</p> <p>Chef de projet</p>	<p>1x/mois pendant réunion COPIL semaine 10 à 48 A 3 mois semaine 18 mai et semaine 31 août</p> <p>Semaine 19 mai et semaine 32 août</p>		
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Programmer l'évaluation finale - Faire un compte-rendu - Entretien avec le Directeur - Réunir le COPIL réunion général 	Chef de projet	<p>Semaine 49 décembre</p> <p>Semaine 50</p> <p>Semaine 51</p> <p>Semaine 51</p> <p>Semaine 01 janvier 2018</p>		

Le projet	Actions	Acteurs	Temporalité	Fait Oui non	à améliorer
Communication	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser le projet Versions : écrite et numérisée - Diffuser le projet et le calendrier prévisionnel : affichage / intranet / logiciel / courrier aux partenaires.... - Prendre contact avec la société informatique - Mise en place « onglet projet » sur Titan - Former les encadrants et les secrétaires pour créer des alarmes sur le logiciel - Mise en place des alarmes - Prévoir une remise à niveau pour l'utilisation Titan pour tous les professionnels 	<p>Chef de projet</p> <p>Chef de projet</p> <p>Chef de projet</p> <p>Encadrants et /ou secrétaires</p>	<p>Semaine 02 janvier</p> <p>A partir de la semaine 04 janvier</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Courant février</p>		

<p><u>Objectif général :</u> <u>Optimiser l'organisation</u> <u>du CANTOU</u></p> <p><u>Items /objectifs</u> <u>opérationnels</u></p>	<p>Actions</p>	<p>Acteurs</p>	<p>Priorité</p>	<p>Temporalité</p>	<p>Fait oui non</p> <p>à améliorer</p>
<p>Fiche de poste</p> <p>Activités thérapeutiques et d'animations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Définir et organiser les tâches quotidiennes Formaliser par écrit une procédure « journée type » - Etablir un programme par semaine ou 15jrs ou 1 mois - Répertorier matériel existant et faire le point - Créer un modèle type fiche activité et des fiches activités - Elaborer une procédure pour Les toilettes thérapeutiques Les repas thérapeutiques - Programmer des toilettes et repas thérapeutiques en continuité avec ceux organisés par la psychomotricienne - Relancer le projet « Sully » analyser les raisons de l'échec et les difficultés rencontrées par les professionnels - Réfléchir sur de nouvelles activités et achats de matériel 	<p>Groupe 1</p> <p>Groupe 1</p> <p>Groupe 1</p> <p>Groupe 1</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>Réunion 1 semaine 06 février</p> <p>Réunion 2 semaine 08 février</p> <p>Réunion 3 semaine 10 mars</p> <p>Réunion 4 semaine 12 mars</p> <p>Réunion 5 semaine 14 avril</p> <p>Réunion 6 semaine 16 avril</p> <p>Réunion 15 semaine 34 août</p> <p>Réunion 16 semaine 36 septembre</p>	

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait à oui à non améliorer
Suivi et Evaluation des activités BILAN des 3 premiers mois	<ul style="list-style-type: none"> - Finir les tâches précédentes si retard d'exécution - Faire un bilan des actions réalisées + compte-rendu questionnaire Questionnaire pour les acteurs au projet - Réfléchir et créer des outils simples et fonctionnels Fiche d'évaluation par activité ou par résident 	<p>Groupe 1</p> <p>Chef de projet et Copil Chef de projet</p> <p>Groupe 1</p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p>Réunion 7 semaine 18 mai</p> <p>Réunion 8 semaine 20 mai</p> <p>Réunion 9 semaine 22 juin</p> <p>Diffusion compte-rendu semaine 20 mai</p> <p>Réunion 10 semaine 24 juin</p> <p>Réunion 12 semaine 28 juillet</p>	
Communication Interprofessionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Faire un rappel auprès des professionnels pour la nécessité de transmissions ciblées / orales/écrites... pour une bonne diffusion des informations dans une dimension collective Temps pédagogique Nommer des référents : transmissions ciblées Utilisation Titan Soutien apprenant aux équipes 	<p>Pilote groupe 1 IDEC</p> <p>Par les référents</p> <p>Par les référents</p>	<p>2</p> <p>3</p>	<p>Réunion 11 semaine 26 juin</p> <p>Pendant le projet</p>	
Organisation de temps de concertation pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Faire venir un intervenant extérieur expérimenté sur les analyses de pratiques professionnelles - formalisation de la démarche - Faire venir psychologue « Des jardins d'Haïti » Et Améliorer la démarche - Analyse des pratiques 	<p>Chef de projet</p> <p>COFIL IDEC</p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p>Prévoir en mars</p> <p>Réunion 13 semaine 30 juillet</p> <p>Réunion 14 semaine 32 août</p> <p>Première en avril 1x /trimestre</p>	

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait oui non	à améliorer
Organisation de temps de concertation Pluridisciplinaire	- Mise en place d'une réunion médicale avec les soignants du secteur animée par le MEDEC	Groupe 1 et MEDEC	1	1 fois / semaine le jeudi dès février		
	- Recueillir les besoins et expressions des professionnels	Par 1 ou 2 membres du Groupe 1	3	En mars		
	Faire une synthèse des retours	Groupe 1				
	- Réfléchir sur l'organisation des temps de convivialité entre les professionnels « pause-café » ou autres	Groupe 1	3	Courant avril Réunion 18 semaine 39 septembre		
	- réflexion sur la création d'un Comité d'Ethique	Groupe 1	3	Réunion 17 semaine 40 octobre		
S'appuyer sur la RBBP relative à l'éthique						
Questionnaire d'expression remis aux professionnels sur ce thème				Début octobre		
Analyse collégiale des retours	COFIL					
Prise de décision	COFIL			A prévoir		

<u>Objectif général :</u> <u>Impulser une dynamique de travail autour de la démarche des projets personnalisés</u> <u>items/objectifs opérationnels</u>	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait à Oui Non améliorer
Sensibiliser les professionnels aux RBPP	Sélectionner les RBPP relatives au projet personnalisé Définir les axes essentiels/les mots clefs et les différentes étapes pour élaborer les PP Faire une recherche documentaire Prévoir de rencontrer des équipes expérimentées sur site extérieur Réfléchir sur les outils à améliorer ou à créer liés au PP Créer des supports écrits/ numérisés/ mise à disposition de classeurs de synthèse des recommandations Créer des groupes de travail multidisciplinaires de 6 à 7 personnes maximum pour travailler sur des axes spécifiques Faire un tour de table après chaque séance pour faire remonter des questionnements ou des suggestions Planifier des rappels réguliers des RBPP pendant les réunions relatives aux PP	Psychologue Groupe 2 encadrants Groupe 2 Encadrants Psychologue Psychologue	1 1 3 3 1 1 1	Réunion 01 semaine 05 février Réunion 02 semaine 07 février Réunion 17 semaine 37 aout Réunion 16 semaine 35 aout Réunion 01 semaine 05 février Réunion 03 semaine 09 mars Après chaque séance Réunion 03 semaine 09 mars	

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait Oui Non	à améliorer
<p>Former les professionnels à la démarche d'élaboration des projets personnalisés</p> <p>Après avoir été sensibilisé aux recommandations</p>	-Améliorer la procédure des PP en distinguant les étapes clefs et les conditions de mise en œuvre	Groupe 2	1	Réunion 04 semaine 11 mars		
	-Travailler sur la notion de co-construction ; définir les moments, la manière et les moyens pour collecter les informations utiles au PP relatives au résident / aux professionnels soignants et non soignants ...	Groupe 2	1	Réunion 05 semaine 13 mars		
	-Rédiger une procédure écrite et numérisée	Psychologue	2	A prévoir en mars		
	-Réfléchir collectivement sur le rôle et les missions du référent PP	Groupe 2	2	Réunion 11 semaine 25 juin		
	-Créer une fiche mission référent support papier et numérisé	Psychologue	2	Réunion 12 semaine 27 juillet		
	-Définir le nombre de résidents par référent	COPIL	2	Réunion COPIL semaine 28 juillet		
	-Décider si les résidents et les professionnels se choisiront par affinités ou pas	Groupe 2	2	idem		
	-Travailler sur un PP d'un résident du CANTOU et définir un plan d'actions à partir de 2 ou 3 objectifs opérationnels et les moyens à mettre en œuvre	Groupe 2	3	Réunion 18 semaine 39 septembre		
Créer des groupes de travail pour assimiler la démarche PP	Animé par une personne du groupe 2	1	Réunion 06 semaine 15 avril 07 17 avril 08 19 mai			
-Reprendre chaque PP des résidents du CANTOU non finalisé en suivant			Au cours de la réunion hebdomadaire des PP			

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait à Oui Non améliorer
	cette trame de travail puis pour les résidents atteints de démence sur les autres secteurs et enfin pour tous les autres résidents	Professionnels formés		idem	
BILAN DES 3 PREMIERS MOIS	-Finir les tâches précédentes si retard d'exécution -Faire un bilan des actions réalisées + un compte-rendu et un questionnaire Questionnaire pour les professionnels et les résidents/ familles ayants un PP finalisé -Réajuster et / ou améliorer si nécessaire	Groupe 2 Chef de projet COPIL Chef de projet et COPIL Chef de projet et COPIL	1 2 3	Réunion 10 semaine 23 juin Réunion 09 semaine 21 mai Diffusion compte-rendu A prévoir si besoin Réunion 22 semaine 48 novembre	
Favoriser la pertinence et la cohérence du projet personnalisé	-Lister les besoins des résidents soit en référence aux besoins fondamentaux de Virginia Henderson soit à la pyramide de Maslow - Préciser la notion de capacité restante -Créer des fiches d'évaluation des besoins et des capacités restantes -Concevoir une grille d'évaluation par résident atteint de démence afin de vérifier l'adéquation entre les objectifs fixés et les résultats obtenus Choisir un support papier/numérisé	Groupe 2 Psychologue Groupe 2 Groupe 2	2 2 3 3	Réunion 13 semaine 29 juillet Rappel régulier Réunion 14 semaine 32 juillet 15 semaine 33 aout	

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait Oui Non	à améliorer
	-Déterminer les attendus d'un bilan intermédiaire, en définir les critères, quand, par qui et rédiger une trame type -Organiser des temps de réunion pour réaliser des bilans intermédiaires et une réactualisation des objectifs ou des choix des activités proposées au résident en fonction des PP finalisés et mis en œuvre	Groupe 2 Encadrant	3 3	Réunion 19 semaine 41 octobre Réunion 20 semaine 43 octobre Réunion 21 semaine 45 novembre		
	<u>Objectif général :</u> <u>Promouvoir un accompagnement de qualité des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée</u>					
	Sensibiliser les professionnels aux RBPP relatives à la Bienveillance et à l'accompagnement du profil des résidents	-Cibler les RBPP et travailler sur les synthèses -Regrouper les recommandations dans le classeur prévu à cet effet et mis à disposition du personnel -Organiser des séances de travail par Idec / Medec pilote groupe4 IDEC Medec ou Idec ou psychologue	1 1 2	Réunion 01 semaine 06 février idem Réunion 02 semaine 07 février Réunion 04 semaine 12 mars Réunion 05 semaine 14 avril Réunion 06 semaine 16 avril		

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait Oui Non	à améliorer
	<p>groupe de 6 à 7 personnes maximum pour favoriser un échange productif et cadré sur une thématique convenue à l'avance</p> <p>-Faire un tour de table après chaque séance pour recueillir les questionnements et les suggestions et rédiger un compte-rendu sur TITAN</p> <p>- Prévoir des rappels des recommandations pendant les transmissions ou les réunions d'équipe</p> <p>-Planifier les rappels sur l'année</p>	<p>ou pilote du groupe 4</p> <p>animateur</p> <p>IDEC</p> <p>IDEC</p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p>Réunion 07 semaine 17 avril</p> <p>A la fin de chaque séance</p> <p>Tout au long du projet et après</p> <p>Courant février</p>		
Adapter les connaissances et les compétences des professionnels aux résidents atteints de démence	<p>-créer un questionnaire à destination des professionnels soignants et non soignants sur leurs besoins, demandes en formation et suggestions</p> <p>-remise du questionnaire</p> <p>-réflexion collective sur les situations problématiques et critiques au cours des soins et de l'accompagnement des résidents ciblés</p> <p>-faire un compte-rendu des résultats</p> <p>- Analyser la situation / prise de décision / élaboration d'un plan d'actions en lien avec les entretiens annuels faits par l'IDEC</p>	<p>Groupe 3 Pilote groupe 4</p> <p>IDEC</p> <p>Groupe 3</p> <p>Chef de projet</p> <p>Chef de projet Groupe 4</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>Réunion 19 semaine 41 octobre</p> <p>Octobre Réunion 20 semaine 43 octobre</p> <p>Réunion 21 semaine 46 novembre</p>		

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait Oui Non	à améliorer
	<ul style="list-style-type: none"> -organiser des formations en interne animées par le MEDEC / psychologue et intervenants externes en lien avec les besoins et les situations problématiques - lister les partenariats éventuels sur le territoire : associations Alzheimer PASA ; UHR ; accueil de jour ... -développer des partenariats pour favoriser des échanges constructifs et partager des savoirs -rencontrer des ASG -renouveler les formations spécifiques : Concept d'Humanitude / Alzheimer / Activités thérapeutiques 	<p>Medec et Idec</p> <p>Groupe 3</p> <p>Chef de projet Directeur et encadrants Idec</p> <p>Directeur Idec et chef de projet</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>2/3</p>	<p>Réunion 11 semaine 26 juin</p> <p>Pendant le projet</p> <p>Pendant le projet</p> <p>Réunion 15 semaine 34 aout Réunion 16 semaine 36 septembre Réunion 17 semaine 19 mai</p>		
Développer une culture commune orientée sur une approche globale et personnalisée	<ul style="list-style-type: none"> -organiser et mettre en place des temps d'analyse des pratiques professionnelles en lien avec l'évaluation interne et externe piloté par le personnel encadrant interne et / ou externe - définir la fréquence et la durée des séances : 1 fois par mois pendant 1h ? -prendre contact avec des cadres d'autres EHPAD et proposer de mutualiser les interventions pour les analyses des pratiques -reprendre les rapports d'évaluation 	<p>Groupe 3 Idec</p> <p>Groupe 3 IDEC</p> <p>Groupe 3</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p>Réunion 18 semaine 39 septembre</p> <p>Courant mars</p> <p>Réunion 13 semaine 30 juillet</p>		

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait Oui NON	à améliorer
Bilan des 3 premiers mois	interne et externe afin de faire une synthèse des points forts et des faiblesses relatifs à la qualité et à l'accompagnement des résidents atteints de démences			Réunion 14 semaine 32 aout		
	- définir des thèmes à traiter en lien avec la synthèse des évaluations et les missions de l'EHPAD envers le public ciblé	Groupe 3	3	A prévoir		
	-proposer des axes d'améliorations et leurs mises en oeuvre		3	A prévoir		
	-organiser des temps d'expression des professionnels animés par la psychologue ou idéalement par la psychologue des Jardins d'Haïti ou d'un autre établissement afin de favoriser des échanges libres sur leurs ressentis/difficultés ou situations problématiques et complexes ; à raison d'une fois par trimestre ?	Idec	2	Réunion 12 semaine 27 juillet		
	-aménager une réunion médicale avec les soignants et le MEDEC pour les résidents Alzheimer hors CANTOU 1 fois par semaine pendant 1h	Medec/ Idec	1	Réunion 03 semaine 10 mars		
	-Finir les tâches précédentes si retard d'exécution	Groupe 3	1	Réunion 9 semaine 21 mai Réunion 8semaine 20 mai		
	-Faire un bilan des actions réalisées + un compte-rendu	Chef de projet	2	Diffusion compte-rendu		
	-Réajuster et / ou améliorer si nécessaire	Groupe 3	3	Réunion 10 semaine 23 juin Réunion 22 semaine 48 novembre		

<u>Favoriser un management collaboratif et facilitateur</u>	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait à OUI NON améliorer
Développer un travail collaboratif du personnel d'encadrement	<p>-programmer des réunions de concertation, d'analyse et de coordination pour aboutir à des prises de décisions partagées à raison d'1 fois par mois</p> <p>-définir une organisation / une répartition des tâches et missions / des méthodes de travail communes et partagées relative au projet et après la réalisation du projet</p> <p>- construire des outils de suivi et d'évaluation concernant les projets personnalisés, les séances de sensibilisation, de formation en interne pour l'ensemble des personnels, de formation en externe (tableaux de bords, grille ..)</p> <p>-contribuer à garantir une mise en oeuvre optimale du projet</p> <p>Comment ?</p> <p>instaurer des temps d'écoute et d'échanges constructifs ; réfléchir sur le travail collaboratif, sur la notion d'assertivité, les situations difficiles à gérer, se questionner sur les points faibles en termes d'accompagnement et de prise en charge des résidents ciblés, créer des conditions</p>	<p>Chef de projet Groupe 4</p> <p>Groupe 4</p> <p>Groupe 4</p> <p>Chef de projet Groupe 4</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p>	<p>Réunion 01 semaine 05 février</p> <p>Réunion 01 semaine 05 février</p> <p>Réunion 08 semaine Réunion 09 semaine</p> <p>Tout au long du projet</p> <p>Réunion 04 semaine Réunion 21 semaine 45 novembre</p>	

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait à Oui Non améliorer
Développer un travail collaboratif du personnel d'encadrement	favorables pour mobiliser les équipes -créer des outils pédagogiques pour les séances de sensibilisation et de formation interne (supports vidéo, PowerPoint, Brainstorming, mallette Mobiqua...)	Groupe 4	2	Réunion 03 semaine 9 mars	
	-élaborer les questionnaires de satisfactions à destination des professionnels / des résidents et des familles	Groupe 4	3	réunion 19 semaine 41 octobre	
	-organiser et favoriser des échanges et des expériences avec d'autres structures afin que les équipes prennent du recul et comparent leurs pratiques professionnelles	Idec	2	A prévoir	
	- repérer les professionnels « ressources » / à leurs motivations, qualité, initiatives et résultats	Idec	2	Pendant le projet	
	- renforcer l'autonomie et la responsabilisation des professionnels en déléguant des tâches / des missions / la fonction de référent...	Idec	2	Pendant le projet	
	- rappeler régulièrement la finalité du projet, les missions de l'EHPAD afin de donner du sens au travail	Encadrants	1	Pendant le projet	
	-maintenir des relations stables et optimales en créant une Charte des bonnes relations	Tous les acteurs	3	Pendant le projet	
- placer les équipes (soignants et non soignants) en capacité de travailler et collaborer ensemble	Idec	1	Pendant le projet		

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait Oui Non	à améliorer
Adapter les compétences des professionnels pour améliorer l'accompagnement des résidents atteints de démence	-préparer les entretiens annuels, créer un tableau de bord pour le suivi et formaliser systématiquement un compte-rendu par professionnel écrit et/ou numérisé pour avoir une traçabilité	Idec/ chef de projet	1	Courant mars	Oui	X
	- élaborer une synthèse des entretiens et évaluation des activités et des compétences sous forme de grille ou autre support pour avoir une vue générale	Idec / chef de projet	3	A prévoir		
	-construire un questionnaire avec des questions fermées et semi-ouvertes pour identifier les attentes du personnel	Groupe 4	2	Réunion 06 semaine 15 avril		
	-identifier les thèmes et planifier des temps de formation en interne pour les soignants et non soignants, nommer les animateurs des séances, le nombre de séances, la durée, les outils et moyens pédagogiques..	Groupe 4	2	Réunion 07 semaine 17 avril		
	-réfléchir sur la création d'autotests d'évaluation					
-Solliciter la responsable ELIOR pour une formation de sensibilisation du personnel ASH relatif aux résidents atteints de démence	Chef de projet	1	Courant février/ mars			
- travailler régulièrement sur les RBPP et faire des rappels réguliers : séances à programmer annuellement						

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait OUI NON à améliorer
	-nommer un référent pour s'assurer d'une veille concernant les nouvelles RBPP	Groupe 4	3	A intégrer aux séances groupes 2 et 3 des RBPP	X
	-Définir et prioriser les formations à renouveler (concept de soins Humanitude ; Alzheimer) et décider des nouvelles formations à prévoir notamment la formation d'ASG ; la Bienveillance ; le projet personnalisé à intégrer au plan de formation N ; N+1 à N+5	Directeur Idec Groupe 4	2	Réunion 05 semaine 13 mars	
	prioriser la formation de l'animatrice et des ASQ ou AMP				
	-prendre contact avec les jardins d'Haiti et des EHPAD locaux pour organiser des formations inter-établissements	Chef de projet	2	Courant mars	
	- au retour des formations organiser des ateliers d'échanges et de transferts des connaissances à destination des personnes non formées	Groupe 4 Idec	3	A prévoir	
	-programmer les formations dans le cadre du DPC	Directeur Idec Groupe 4	1	Réunion 2 semaine 07 février	
	-prévoir le remplacement du personnel en formation par personnel interne en priorité et externe	Idec			
	- prendre contact avec l'OPCA (financement) et demander des devis pour les formations	Chef de projet	2	Courant février / mars	

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait OUI NON	à améliorer
Cultiver l'interprofessionnalité pour créer une culture commune et partagée	-sensibiliser le Directeur et l'équipe encadrante sur la nécessité de rechercher les moyens afin d'améliorer régulièrement la qualité de l'accompagnement des résidents atteints de démence et plus largement des personnes âgées hébergées en EHPAD	Chef de projet	1	Semaine 06 février		
	- conseiller le directeur sur la formation des professionnels soignants et non soignants en matière de maladies neurodégénératives et sur la nécessité d'optimiser le budget formation	Chef de projet	1	Semaine 06 février		
	-constituer des groupes de paroles et d'échanges pour confronter les différents points de vue et rechercher collectivement des solutions	Groupe 4	3	Réunion 11 semaine 25 juin		
	-planifier régulièrement des temps d'analyse des pratiques	Idec	2			
	-organiser des évaluations des pratiques professionnelles	Medec/ Idec et chef de projet	2	Réunion 10 semaine 23 juin		
	-rechercher des moyens pour mise en place des EPP : organismes agréés ; médecin agréer externe ; méthodologie sur site HAS ; Cd. Rom...					
- créer une Charte des bonnes pratiques avec le personnel	Groupe 4	3	Réunion 18 semaine 39 septembre			
-Réflexion sur la création d'un comité d'éthique en lien avec les	Groupe 4 Directeur	3	Réunion 17 semaine 37 septembre			

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait OUI NON	à améliorer
Ouvrir l'établissement vers l'extérieur	Valeurs de la structure et des RBPP					
	-renforcer les partenariats existants avec l'école primaire et le collège de Volx en multipliant des activités intergénérationnelles	Directeur Chef de projet	2	Courant mai		
	-Etablir des comptes rendus pour un suivi des activités	Chef de projet	2	A prévoir		
	-Inviter les partenaires à certains évènements	Directeur	3	A prévoir		
	-faire un questionnaire de satisfaction à destination des partenaires/ CVS /résidents et familles et une restitution des résultats	Groupe 4	3	Réunion 20 semaine 43 octobre		
	-mutualiser les ressources humaines avec d'autres EHPAD	Directeur Chef de projet Groupe 4	2	Prévoir contact et rdv juin /septembre Réunion 12 semaine 27 juillet		
	-rechercher d'autres partenariats : association Alzheimer / animateurs bénévoles / EHPAD...	Groupe 4	3	Réunion 13 semaine 29 juillet		
- élaborer une Charte des bénévoles (rôles et missions..)						
- faire une recherche documentaire sur les établissements ou organismes expérimentés concernant les différentes méthodes d'accompagnement des personnes âgées atteintes de démence : méthode Montessori / Snoezelen / art-thérapie...	Groupe 4	3	Réunion 14 semaine 31 aout Réunion 15 semaine 33 aout			

	Actions	Acteurs	Priorité	Temporalité	Fait OUI NON	à améliorer
BILAN INTERMEDIAIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Finir les tâches précédentes si retard d'exécution -Faire un bilan des actions réalisées + un compte-rendu + les questionnaires -Réajuster et / ou améliorer si nécessaire 	Chef de projet Groupe 4	3	Réunion 16 semaine 35 aout Réunion 17 semaine 37 septembre Réunion 22 semaine 47 novembre		
BILAN FINAL COPIL	<ul style="list-style-type: none"> -faire un bilan du projet et un compte-rendu 	COPIL	3	Semaine 51 décembre		
EVALUATION FIN DE PROJET	<ul style="list-style-type: none"> - cf tableau d'évaluation - compte-rendu - entretien Directeur - entretien COPIL - réunion générale 	Chef de projet	3	Décembre Décembre ou janvier A prévoir début janvier 2018		

TABLEAU 5 : CALENDRIER PREVISIONNEL/ PLAN D' ACTIONS 2017 / 2018

MOIS	JANVIER				FEVRIER				MARS					AVRIL				MAI				JUN								
SEMAINE QUOI	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26				
Entretien Directeur																														
Concertation encadrant																														
COPIL Organisation du travail SUIVI 1X /MOIS										X				X				X				X								
GRUPE PROJET Réunion : R					R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		R8		R9		R10		R11					
1						R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		R8		R9		R10		R11				
2					R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		R8		R9		R10		R11					
3						R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		R8		R9		R10		R11				
4						R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		R8		R9		R10		R11				
BILAN INTERMEDIAIRE RESTITUTION SUPERVISION PAR CHEF DE PROJET	→																													
EVALUATION																														
COMMUNICATION DIFFUSION PROJET FORMALISATION PROJET		X			→																									
CONTACTS/RDV - SOCIETE INFORMATIQUE - FORMATION TITAN à prévoir - rdv intervenant pour analyse des pratiques - rdv psychologue « Des Jardins d'Haïti »			X																											

TABLEAU 5 : CALENDRIER PREVISIONNEL/ PLAN D' ACTIONS 2017 / 2018

MOIS	JUILLET				AOÛT					SEPTEMBRE				OCTOBRE				NOVEMBRE					DECEMBRE				JANVIER
SEMAINE QUOI	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	01
Entretien Directeur																											
Concertation encadrant																											
COPIE Organisation du travail SUIVI 1X /MOIS		X				X				X				X				X				X					
GROUPE PROJET Réunion : R	R 12		R 13		R 14		R 15		R 16		R 17		R 18		R 19		R 20		R 21		R 22						
1																											
2		R 12		R 13		R 14		R 15		R 16		R 17		R 18		R 19		R 20		R 21		R 22					
3	R 12		R 13		R 14		R 15		R 16		R 17		R 18		R 19		R 20		R 21		R 22						
4		R 12		R 13		R 14		R 15		R 16		R 17		R 18		R 19		R 20		R 21		R 22					
BILAN INTERMEDIAIRE RESTITUTION SUPERVISION PAR CHEF DE PROJET																											
EVALUATION																											Réunion générale
COMMUNICATION DIFFUSION PROJET																											

TABLEAU 6 : EVALUATION

rédactrice et évaluatrice chef de projet : Soltani .I date : décembre 2017		Quoi	oui	non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
Critère de Performance du projet	Le projet est organisé et planifié	Il est écrit	x		Support papier/ numérisé		chef de projet
		Il est validé	align="center">x		Réunion avec Directeur	Semaine 01 janvier	Directeur
					Réunion équipe d'encadrement	Semaine 01 janvier	chef de projet
		Il est présenté	x		Réunion générale	Semaine 03 janvier	chef de projet
		Il est programmé	x		Calendrier prévisionnel : mise en route, étapes, suivi... Plan d'actions détaillées Respect des échéances	align="center">Durant le projet	chef de projet et copil
		Il est budgétisé	x	x	Estimer les coûts, demander des devis		chef de projet Directeur
		Il est suivi	x		Programmation d'un suivi régulier et vérification du respect des échéances		Chef de projet
		Il est évalué	x		Planification de bilans intermédiaires et d'une évaluation finale	A 3 mois / 6 mois et à la fin du projet	Chef de projet
Un COPIL est créé	x		Réunion	mi-janvier	Chef de		
Les rôles des pilotes de groupe/ les réunions/ les modalités de mise en œuvre sont définis	x		Faire une procédure écrite, établir un calendrier des réunions, des groupes de travail, des bilans intermédiaires....de concertation	en janvier et pendant le projet	Chef de projet et COPIL projet		

Indicateurs	Quoi	oui	non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
Le projet est cohérent	Adéquation entre les objectifs, les moyens mobilisés et les actions réalisées	x		<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un management participatif et facilitateur ; création de groupes de travail/ de paroles et d'échanges collectifs/ de temps de réflexion et d'analyse pluridisciplinaire - Mise à disposition de moyens adaptés et création de groupes projet et d'outils pertinents - Développer les partenariats et la mutualisation des moyens humains/ techniques/ financiers... - intervention de professionnels externes expérimentés et aux compétences spécifiques 	Pendant le projet	Chef de projet et encadrants
	La méthodologie et le management sont appropriés	x		<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un accompagnement pédagogique, d'un apprentissage collectif et d'une organisation apprenante - Mise en place d'une collaboration effective et pertinente entre le MEDEC- IDEC –Psychologue 	Pendant le projet	Chef de projet
	Le déroulement des actions est respecté et adapté	x	x	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les échanges par une réflexion collégiale et cibler les problèmes - Le processus est structuré - Le déroulement respecte en majorité la planification initiale et il est modulable - Les échéances sont globalement respectées - Le projet comprend une programmation de temps de communication et de restitution 		Chef de projet Directeur Chef de projet
Le projet est efficace	Les professionnels ont acquis des connaissances et des compétences relatives atteints de démence aux résidents	x		<ul style="list-style-type: none"> - Formations internes sur la MA et les maladies apparentées - Proposer aux personnels des séminaires/ colloques - Formation sur les troubles perturbateurs du comportement - Définir les formations pour 2017 et 2018 - Organiser les formations 2017 - Réfléchir sur une formation ASG pour 2018/2019 - Questionnaire de satisfaction pour le personnel 	Pendant le projet Durant le projet	MEDEC- intervenant Externe Encadrants Psychologue COPIL Directeur et IDEC Chef projet /COPIL

Indicateurs	Quoi	oui	non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
Le projet est efficace	Les professionnels connaissent et utilisent les RBPP	X	X	-Cibler les nouveaux besoins/Analyse et réactualisations des actions et ou des objectifs pour parvenir à l'atteinte des résultats attendus -Groupes de travail sur des thématiques / RBPP -Mise en place d'un classeur synthèses des RBPP -Rappel des RBPP pendant transmission-réunion médicale...	Durant le projet	Chef de projet et COPIL IDEC/ COPIL Encadrants IDEC
	Les actions réalisées ont amélioré la prise en charge des résidents atteints de démence	X		-Mise en place d'activités thérapeutiques -Accompagnement adapté et personnalisé -Prise en compte des besoins et capacités restantes -Adéquation avec les RBPP / lien avec le PP -Questionnaires de satisfaction pour les résidents et les familles et CVS	Durant le projet	Les professionnels Chef projet /COPIL
	Les actions menées ont amélioré l'organisation du CANTOU et développé l'autonomie des professionnels	X		-Formalisation d'une organisation structurée -Fiche de poste AMP/ASQ réactualisée -Journée type au CANTOU -Programme d'activités et d'animations	Durant le projet	Les professionnels
	Les actions entreprises ont permis aux professionnels d'élaborer et d'utiliser les PP	X		-Groupes de travail en lien avec les RBPP sur le PP -Création d'outils d'évaluation / de suivi... -Mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires et de rencontres avec des équipes d'autres EHPAD...	Durant le projet	Les professionnels IDEC et chef de projet

Indicateurs	Quoi	oui	non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
Le projet est Efficient	Le budget est calculé au plus juste en fonction des moyens mobilisés pour parvenir aux résultats attendus	X		<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser le budget formation/ OPCA - Mutualiser les moyens avec d'autres EHPAD - Solliciter l'intervention d'associations spécifiques France Alzheimer.. - Prioriser les formations internes par le MEDEC / la Psychologue et l'IDEC 	2017 et 2018 Durant le projet Durant le projet	Directeur chef projet Chef de projet- IDEC Chef de projet et encadrants
		X		<ul style="list-style-type: none"> - Demander des devis pour les achats prévus et faire jouer la concurrence - Etablir un budget prévisionnel pour 2017/2021 - Prévoir le remplacement des personnels en formation 	Durant le projet	Chef de projet et encadrants Directeur chef de projet Directeur – IDEC
Impact et viabilité du projet	Les objectifs ont induits un changement positif en termes d'amélioration sur : l'organisation du CANTOU	X		<ul style="list-style-type: none"> - Prioriser les remplacements par des aménagements du planning dans la mesure du possible et priorité aux personnels internes puis à l'intérim - Prioriser les formations rentrants dans le cadre du DPC - optimiser les retours de formations ou de rencontres pour diffuser les connaissances et compétences acquises 	Septembre 2017 Octobre 2017	Chef de projet IDEC et Directeur IDEC MEDEC
				<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser autonomie des professionnels - Maintenir une organisation structurée et pérenne - Maintenir et assurer une continuité des activités thérapeutiques / animations, rechercher de nouvelles activités - Poursuivre la collaboration inter équipes et pluridisciplinaires - Reconduire les questionnaires de satisfactions pour les usagers et les familles/ les professionnels - Maintenir une culture de prise en charge globale des 	6 mois post projet 6 mois post projet	Chef de projet IDEC MEDEC Psychologue Chef de projet

Indicateurs	Quoi	Oui	Non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
<p align="center">Impact et viabilité du projet</p>	<p>Les pratiques professionnelles</p>			<p>résidents atteints de démence et des autres résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> - organiser régulièrement des temps d'analyse des pratiques professionnelles et des temps d'évaluation des pratiques - cultiver une culture des soins orientée sur les capacités restantes des résidents atteints de démence et sur le « laisser faire » 	<p>6 mois post projet</p>	<p align="center">Par qui</p> <p>IDEC Psychologue</p>
	<p>L'accompagnement des résidents atteints de démence</p>			<ul style="list-style-type: none"> -Adapter et personnaliser l'accompagnement -Définir systématiquement les objectifs d'accompagnement et leurs mises en œuvre via le PP -Utiliser les outils de suivi et d'évaluation -Evaluer et tracer les besoins des professionnels -Renouveler régulièrement les formations internes et externes -Recueillir les ressentis des professionnels 		<p align="center">Chef de projet IDEC</p>
	<p>Le développement et l'adaptation des compétences des professionnels</p>					
	<p>La collaboration entre les cadres et le management des équipes</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre un travail coopératif, une cohésion et des échanges constructifs pour aboutir à des valeurs et des décisions partagées - favoriser durablement la participation des professionnels aux différents projets de service, valoriser et développer leurs compétences, faciliter et diriger l'accompagnement aux changements, développer une organisation apprenante et des conditions de travail optimales et bienveillantes 		<p align="center">Chef de projet Directeur Cadres</p> <p align="center">Chef de projet IDEC cadres</p>

CRITERE :	L'ORGANISATION	DU		CANTOU EST OPTIMALE		
Indicateurs	Quoi	Oui	Non	Actions mises en place ou à prévoir	quand	Par qui
L'organisation est structurée	Elle est formalisée	X		Fiches de poste Planification des tâches Programme des activités thérapeutiques et d'animation Cibler les problèmes et faire des préconisations Un bilan intermédiaire est programmé	durant le projet	Groupe de travail 1 validation / Copil chef de projet
Des activités thérapeutiques sont organisées et recherchées	Elles sont identifiables Nombre d'activités Nombre de résidents bénéficiant de toilettes et ou repas thérapeutiques De nouvelles activités sont proposées et/ou recherchées	X	X	Création de fiches d'activités Procédure toilette thérapeutique et repas thérapeutique Suivi et coordination avec la psychomotricienne	mai 2017	chef de projet / Copil
L'accompagnement des résidents est adapté	Des activités sont mises en place Il répond aux besoins des résidents Il est en adéquation avec les objectifs d'accompagnement du projet personnalisé	X	X	Projet « Sully » / Espace snoezelen / autre ? Temps de concertation avec le Directeur pour futur projet « snoezelen » au Cantou Temps de réflexion pour de nouvelles activités et une budgétisation	septembre 2017	Chef de projet Groupe 1 Copil
		X		Programmation d'activités individuelles et collectives	Durant le projet	Groupes 1 et 2 Validation Copil
		X		Mise en place d'activités cognitives / fonctionnelles / sensorielles / sociales Enquêtes de satisfaction des résidents et des familles		Chef de projet
		X		Fiche d'évaluation des besoins et des capacités restantes du résident Fiche d'évaluation des activités		
			X	Identifier les problèmes / équipes / outils / temps ... ? Trouver des solutions	Bilan intermédiaire Bilan final	Chef de projet Groupe 4 Copil

Indicateurs	Quoi	Oui	Non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
L'accompagnement est suivi et évalué	Des outils de suivi et d'évaluation existent	X		Utilisation du projet personnalisé Utilisation des fiches / tableaux /.... Transmissions écrites sur Titan	Pendant le projet	Ensemble des professionnels
			X	Identifier les problèmes / équipes / outils / temps ... ? Trouver des solutions		Chef de projet Groupe 4 Copil
L'impact sur les professionnels du Cantou	Les professionnels sont autonomes	X	X	Faire un questionnaire de satisfaction Analyser les résultats et mise en évidence de dysfonctionnements... Faire un compte-rendu Réunir les professionnels / concertation collective Recherche de solution	Durant le projet	Chef de projet Copil
	CRITERE :		LES	PROFESSIONNELS SONT EN CAPACITE D'ELABORER ET D'UTILISER LE PROJET PERSONNALISE		
Une procédure PP existe	Elle est construite, rédigée, diffusée Elle se réfère aux RBPP	X		Réfléchir en réunion pluridisciplinaire Organisation de réunions de travail pluridisciplinaire Sensibiliser les professionnels aux RBPP Nommer des référents PP Créer une fiche mission Numériser procédure PP et support papier	Au cours du projet	Groupe 2 Copil Psychologue
Nombre de référents			X	18 pour 81 résidents		

Indicateurs	Quoi	Oui	Non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
Les résidents atteints de démence bénéficient d'un accompagnement adapté et personnalisé	Les besoins et capacités restantes sont évalués	X		Créer une fiche d'évaluation des besoins et capacités restantes Elaborer une grille d'évaluation pour chaque résident atteint de démence (adéquation objectifs fixés / résultats) Identification des besoins pour chaque résident en référence aux besoins fondamentaux de Virginia Henderson	Au cours du projet	Groupe 2 Copil
	Des objectifs d'accompagnement sont identifiables	X	X	Identifier les causes et rechercher des solutions Concertation pluridisciplinaire pour définir les objectifs en réunion PP	Bilan intermédiaire et final	Groupe 2 Chef de projet Copil chef de projet
	Un plan d'actions est mis en place pour chaque résident	X		Définir et prioriser les objectifs opérationnels et actions Qui ; quand ; ou ; comment ; fréquence	Durant le projet	Acteurs aux PP Psychologue
	Un suivi et une évaluation sont formalisés	X		Mise en place de tableau de bords Programmation d'évaluation régulière et au moins une fois par an		Psychologue et chef de projet Chef de projet
Nombre de projet personnalisé finalisé			75 sur 81 Finaliser les PP restants	Décembre 2017 D'ici mars 2018	Psychologue	
Les professionnels s'impliquent dans la démarche d'élaboration des PP	Une dynamique de travail est observable	X		Concertation collective / groupes de travail sur des thématiques spécifiques Rencontres avec des équipes d'autres EHPAD Création et améliorations des outils Ensemble des effectifs	Durant le projet	Acteurs aux PP
Nombre de personnes formées au PP		X				
Nombre de personnes utilisant les PP		X		Enquêtes de satisfaction auprès des professionnels Analyse et résultats	Décembre 2017	Chef de projet

Indicateurs	Quoi	Oui	Non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
	CRITERE :			LA QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS ATTEINTS DE DEMENCE		
Les compétences des professionnels sont adaptées aux résidents atteints de démence	Les professionnels sont formés	X		Mise en place de formations internes sur des thématiques spécifiques Mise en place d'outils pédagogiques Prioriser des formations spécifiques Proposer une formation ASG Rappels réguliers des RBPP Elaborer des questionnaires / auto-évaluations collectives/mises en situations Analyser de façon collégiale les résultats et faire si besoin des réajustements de formation	Durant le projet Et après	Medec Groupe 4 Groupe 4 Encadrants et professionnels
	Un plan de formation existe	X	X	Prévoir les modalités de formation des ASQ/AMP pour la formation ASG Prévoir la formation de l'ensemble du personnel interne Entretien avec la responsable Elior pour organiser une formation de sensibilisation pour les ASH relatifs aux résidents atteints de démence	2017à 2021	Directeur chef de projet et Idec Equipe d'encadrement Copil
Nombre de formations et personnels formés	Elles reposent sur les fondamentaux des RBPP	X		Sensibiliser les professionnels sur la Bienveillance et des thématiques spécifiques	Durant le projet et après	Intervenants extérieurs
Les pratiques professionnelles se sont améliorées	Elles sont évaluées	X		Planification de temps d'analyse des pratiques Planification d'EPP Organisation de temps d'échanges formels et informels	1x/mois pdt 2h 1x/trimestre pdt 2h Durant le projet	
	Elles font l'objet d'une concertation pluridisciplinaire	X	X	Elaboration d'un questionnaire de satisfaction à destination des équipes Identifier les causes et faire des préconisations : séances de perfectionnement	Pendant et après	Chef de projet et groupe 4

Indicateurs	Quoi	Oui	Non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
Les résidents et les familles sont satisfaits de l'accompagnement	Elles s'appuient sur des échanges et partages de savoirs	X		Organiser une réunion médicale Medec et professionnels du Cantou 1x/semaine pdt 1h30	Chaque jeudi	Medec
		X	X	Développer des rencontres avec des professionnels d'autres EHPAD	Octobre 2017	Chef de projet et Idec
				Prendre contact avec des associations France Alzheimer...	Novembre 2017	Chef de projet / Idec
	L'amélioration est identifiable	X		Remise d'un questionnaire de satisfaction Analyse des résultats / rédiger un compte-rendu et le diffuser	Novembre 2017	Chef de projet
			X	Organiser des réunions de travail pour définir des objectifs d'améliorations		
		X	Réunions CVS et compte-rendu	Durant le projet	Directeur/ chef de projet	
	CRITERE :			AMELIORATION DE LA COLLABORATION ENTRE LES ENCADRANTS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS		
La collaboration s'est améliorée entre le Medec, l'Idec et la psychologue	Les encadrants coopèrent et communiquent entre eux	X		Mise en place d'une réunion mensuelle d' 1h à 1h30 Compte-rendu / transmissions et échanges informels Faire un rappel si nécessaire / identifier les problématiques et réajuster	Pendant le projet et après Pendant le projet	Chef de projet Copil
	Une organisation du travail est formalisée	X	X	Répartir les tâches et les missions Définir des méthodes de travail communes et partagées Instaurer des temps d'écoute et de réflexion pour aboutir à un consensus relatif au fonctionnement, à l'organisation, aux problématiques liées aux résidents et aux professionnels, à la réalisation du projet	Pendant et après le projet	Chef de projet Groupe 4 Chef de projet

Indicateurs	Quoi	Oui	Non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
L'équipe d'encadrement est en mode projet	Elle est impliquée	X		Réflexion et échanges constructifs organisés Questionnements sur les situations complexes ; sur l'amélioration de l'accompagnement des résidents atteints de démence et sur l'accompagnement des équipes ; réflexion sur les recommandations des sociétés savantes ; le maintien et le développement des connaissances et compétences des professionnelles ...	Pendant le projet	Chef de projet
L'impact sur l'équipe d'encadrement	Un changement positif et durable est observable	X		Développer un travail collaboratif du personnel d'encadrement par la mise en place d'une organisation et d'une communication structurées durables	3 mois et 6 mois post projet	Chef de projet
			X	Organiser une réunion ou élaborer un questionnaire pour mettre en évidence les problèmes et rechercher des solutions communes + compte-rendu	à 3 et 6 mois	Chef de projet encadrants et Copil
L'accompagnement des professionnels par l'équipe d'encadrement est effectif et efficace	Les compétences des professionnels sont adaptées et ont amélioré l'accompagnement des résidents atteints de démence	X		Impliquer les professionnels dans l'amélioration de l'organisation et les pratiques professionnelles Sensibiliser les professionnels aux RBPP Développer et maintenir les compétences des professionnels par la formation en interne et externe Prioriser les formations Organisation des formations DPC Renforcer l'autonomie et la responsabilité des personnels par la délégation, les retours de formation ou des rencontres avec personnels d'autres structures Organiser des temps d'échanges et de concertation pluridisciplinaire Organiser des temps d'écoute et d'expression des personnels Elaborer des questionnaires de satisfaction du personnel Mise en place de temps d'analyse des pratiques et d'EPP Mise en place de réunions hebdomadaires avec le	durant le projet et après	Chef de projet Groupe 4 Copil

Indicateurs	Quoi	Oui	Non	Actions mises en place ou à prévoir	Quand	Par qui
Une culture interprofessionnelle commune et partagée	Elle est identifiable au sein de l'EHPAD	X	X	<p>Medec Prise en compte des besoins et perspectives des professionnelles au cours des entretiens annuels</p> <p>Identifier les problèmes et soumettre des préconisations</p>	Durant le projet et après	Chef de projet Groupe 4
	Les professionnels sont mobilisés et impliqués	X		<p>Organisation de réunions régulières de concertation pluridisciplinaire / analyse des pratiques /EPP... Créer une charte des bonnes pratiques Créer un comité d'éthique Maintenir les valeurs définies dans le PE</p>	Durant le projet et après	<p>Chef de projet Groupe 4 Copil</p>
L'EHPAD est ouvert vers l'extérieur	Les professionnels sont mobilisés et impliqués	X		<p>Développer et maintenir une organisation et des pratiques en référence aux recommandations de l'Anesm, Has, littératures scientifiques, rapports des évaluations interne et externe en créant des groupes de travail sur des thématiques précises Elaborer des questionnaires de satisfaction Créer des groupes de paroles et d'expression</p>	Durant le projet et après	<p>Chef de projet Groupe 4 Copil</p>
	Les partenariats sont renforcés et développés	X	X	<p>Analyse des questionnaires / des comptes rendus de réunions, des groupes de paroles Faire des préconisations</p> <p>Renforcer les partenariats existants Rechercher d'autres partenariats Etablir un questionnaire de satisfaction Mutualiser les ressources humaines /techniques et matérielles Elaborer une charte des bénévoles Innover (méthode Montessori/ art-thérapie...</p>	Durant le projet et après	<p>Chef de projet Groupe 4 Copil</p>
				<p>Renforcer les partenariats existants Rechercher d'autres partenariats Etablir un questionnaire de satisfaction Mutualiser les ressources humaines /techniques et matérielles Elaborer une charte des bénévoles Innover (méthode Montessori/ art-thérapie...</p>	Durant et après le projet	<p>Groupe 4 Chef de projet</p>

« Je soussignée, Lydia Lahmer épouse Soltani certifie que le contenu de ce mémoire est le résultat de mon travail personnel.

Je certifie également que toutes les données, raisonnements et conclusions empruntés à la littérature sont exactement rapportés, cités, mentionnés dans la partie référence.

Je certifie enfin que ce mémoire, totalement ou partiellement, n'a jamais été évalué auparavant et n'a jamais été édité. »

Lydia soltani

LYDIA LAHMER

Epouse SOLTANI

**« Optimiser l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une démence,
au sein d'un EHPAD, en améliorant l'organisation et les pratiques. »**

RESUME :

En France comme en Europe, les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées sont de plus en plus nombreuses, âgées et dépendantes.

Selon l'INSERM, en 2020 « 1 français sur 6 âgé de plus de 80 ans sera atteint par cette maladie ». Dès lors se pose la question de la prise en charge à domicile et en institution.

Les EHPAD sont d'ores et déjà confrontés à cette problématique : *optimiser l'accompagnement de ce public vulnérable en améliorant l'organisation et les pratiques.*

Je m'attacherais à exposer le contexte social et politique en faveur des personnes âgées démentes, s'en suivra le cadre interne de l'EHPAD « Les Jardins du Cigaloun » ainsi que l'élaboration et la mise en place de préconisations afin que la structure puisse répondre de façon la plus satisfaisante aux besoins et attentes de ces résidents et de leur famille.

Qu'advient-il de l'accompagnement des résidents atteints de démence ...

MOTS CLES :

Personnes âgées - Démences – Accompagnement – Adaptation – Personnalisation –
Compétences – Interdisciplinarités – Participation – Suivi – Evaluation