

CREATION D'UN PASA AU SEIN DE LA RESIDENCE « LE PRE VERT »

Un enjeu pour la population vieillissante de la Moselle.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ,

RESUME:

La résidence « Le Pré Vert » a été construite en 1996 et mise en service le 02 janvier 1997. La résidence accueille 53 résidents, dont 3 hébergements temporaires, sur le ban de Maizières les Metz, chef-lieu de canton qui se situe sur la rive gauche de la Moselle. Maizières les Metz composé de 14 communes qui représentent aujourd'hui 23 020 habitants. Le Territoire de santé de Proximité de Metz (N° 6) où se trouve Maizières les Metz compte 367 248 habitants au recensement de 2010. C'est le territoire de santé le plus peuplé de Lorraine. La population croît plus rapidement que dans le reste de la région (+3,7 % entre 2000 et 2009 contre 0,2 % pour l'ensemble de la Lorraine).

Suivant ce contexte et devant le constat d'un double problème qui met en avant une moyenne d'âge de la population de la Moselle, de plus en plus vieillissante, comme un peu partout en France, l'établissement ne peut que se rendre à l'évidence qu'il y a un manque de locaux pour répondre à cette demande, mais aussi, de moyen organisationnel et surtout de ressources et de compétences humaines qui permettent de l'optimiser. D'un autre côté, la population résidant au sein de l'établissement, surtout ceux atteints de pathologie de

démence, a des demandes très spécifiques et une exigence particulière que ce soit en terme d'hébergement, de prise en charge de la dépendance ou encore d'accompagnement au quotidien. Des constats que l'établissement ne peut satisfaire à bon escient.

Dans ce cadre et pour répondre à ces problématiques, ce document prévoit le développement d'un projet en vue de créer une structure favorable pour prendre en charge efficacement les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladie apparentée dans le département de la Moselle, mais également, pour les résidents au sein même de l'établissement. À cet égard et afin de répondre aux besoins, un projet d'aménagement des locaux nous semble optimal, en assurant une extension afin de permettre une augmentation de la capacité d'accueil de l'établissement à travers la création d'une structure spécialisée pour la prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. À d'autres égards, l'organisation interne, que ce soit, administrative, thérapeutique ou concernant les compétences humaines, se doit également d'être adaptée afin d'assurer le bon fonctionnement de la structure et répondre efficacement aux attentes de la population locale et des résidents.

Ainsi, c'est dans un principe de bientraitance et de bien-être, tout en s'alignant à des valeurs et à la vocation sociale première de la nouvelle gestion de l'établissement, « Génération solidaire », que nous prévoyons mettre en œuvre ce projet, en vue de permettre un accompagnement et un appui de proximité et plus pertinent, pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, intégrant la structure de la résidence « Le Pré Vert ».

SOMMAIRE

CREATION D'UN PASA AU SEIN DE LA RESIDENCE « LE PRE VERT »

Un enjeu pour la population vieillissante de la Moselle.

Introduction générale⁵

PREMIERE PARTIE :

« LE BIEN ETRE » POUR TOUS A LA RESIDENCE LE PRE VERT

Analyse diagnostic du positionnement offre/demande⁶

A - Analyse et diagnostic des forces et faiblesses de la résidence « Le pré vert »

B - Analyse et diagnostic des opportunités et menaces de la résidence « Le pré vert »

DEUXIEME PARTIE :

« REPONSE » AUX BESOINS SPECIFIQUES D'AMELIORATION DE L'EXISTANT

Création d'un pôle d'activité et de soins adapté et prospective sur les futurs besoins des résidents à la résidence « Le Pré Vert »⁹

A - « Le projet » de la réglementation à la mise en œuvre¹⁰

B - L'Organisation et le management en faveur du projet¹¹

CONCLUSION GENERALE¹²

BIBLIOGRAPHIE¹³

WEBOGRAPHIE¹⁴

INDEX DES ANNEXES¹⁵

INDEX DES TABLEAUX¹⁶

TABLE DES MATIERES¹

INTRODUCTION GENERALE:

Le passage à l'âge adulte et le vieillissement est une étape cruciale pour un être humain. Cette étape marquera un réel changement dans la vie et le quotidien d'une personne, qu'elle soit de l'ordre social et relationnel ou dans ses expériences au quotidien.

En effet, les bouleversements se feront remarqués tant sur l'identité de l'individu que sur les difficultés qu'il pourrait rencontrer durant cette période de sa vie. Et généralement, chez ces individus, à partir de 78 ans¹, des problèmes cognitifs et fonctionnels les rendent dépendants et ainsi, des fardeaux pour leurs entourages.

¹ Source : enquête « handicaps-incapacités-dépendances », HID, INSEE, 1998-2001

Par ce constat, la personne se trouvant dans un certain âge avancé sera victime de la notion de « besoin d'aide » dans ce qu'il entreprend quotidiennement. Par ailleurs, cette notion s'accompagnera de fait, chez ces individus, à des dépendances majeures dans la gestion de leurs actions, mais également, un sentiment de perte de la relation sociale et des rôles ainsi que des émotions qui attisent l'inutilité et l'exclusion.

Outre ces perceptions négatives, les pathologies démentielles sont des signes tout aussi présents chez ces individus. La maladie d'Alzheimer se présente comme un cas bien réel dans leur situation. En effet, à partir de l'âge de 80 ans, la prévalence est très significative. Et à titre d'illustration, rien qu'en France, selon les données de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), 860 000² individus sont victimes de la pathologie dont les 15 % se trouvent dans la catégorie de population la plus sensible, âgée notamment de plus de 85 ans. Par ailleurs, selon toujours cet institut, la maladie d'Alzheimer ou les maladies apparentées, font parties des principales causes de mortalité en France. En effet, elles se placent en quatrième position derrière le cancer, l'AVC ou Accident Vasculaire Cérébrale et les accidents.

Face à ce constat aux problèmes liés à la dépendance et les cas pathologiques de démences de ces personnes de grand âge, les familles se voient souvent obligées de les confier à des établissements spécialisés pouvant répondre à leurs besoins d'un épanouissement serein, calme et qui peuvent leur rendre le minimum de confiance en soi et de développement personnel qu'ils ont besoin. Mais aussi, dans le but de résoudre les problèmes à la fois psychiques et physiques de ces personnes. Le choix s'opère aussi sur la proximité de l'établissement, du domicile de la famille, pour faciliter et multiplier les visites de celles-ci.

Toutefois, malgré l'intégration de ces personnes au sein d'un établissement adapté comme l'EHPAD³, les difficultés subsistent. En effet, la diversité de la population intégrant

² Source : INSERM, 2012

³ Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes

ces structures impacte beaucoup sur la vie sociale de l'établissement. Et comme le relate le rapport de l'ANESM⁴, sur la qualité de vie en EHPAD : « *comme dans le reste de la société, c'est en partie sur l'appréciation de comportements socialement identifiables que se créent des affinités ou des inimitiés entre résidents, celles-ci se traduisant, dans les relations interpersonnelles, par des rapprochements ou des évitements.* »⁵Le cas est difficile à gérer devant le fait que les structures et l'architecture des établissements ne sont pas toujours optimales pour répondre convenablement aux attentes des patients. Certes, il y a l'entraide entre les résidents suivant les cas de handicap. Néanmoins, les situations de problèmes pathologiques et de mixité comme, la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées dans une même structure générale, rend la gestion plus complexe et souvent, ce cas est mal considéré par les autres résidents. Et selon toujours le rapport de l'ANESM, il est nécessaire d'apporter une « *solution institutionnelle de la séparation.* »⁶

C'est la stratégie qui fût adoptée au sein de la structure annexe, « La tour de Heu » lors de l'extension du bâtiment achevée en juillet 2009, afin de répondre aux besoins de la population accueillie, mais aussi afin de répondre aux besoins du territoire comme l'inscrivait le schéma régional de Lorraine, le choix s'était naturellement porté sur une stratégie de création d'une unité de vie protégée.

Au problème architectural, vient s'ajouter un réel problème du, au manque de financement octroyé par les pouvoirs publics, en effet ces patients ont besoins d'une prise en charge bien plus importante nécessitant beaucoup plus de moyens humains.

⁴ ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

⁵Fondation Maison des sciences de l'Homme. L'Ehpad: pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique. Tome I. Étude réalisée pour le Centre d'analyse stratégique rattaché au Premier ministre. Paris : Centre d'analyse stratégique, Juin 2006, Cité dans, qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en EHPAD, ANESM, page 6

⁶DELIOT, C., CASAGRANDE, A. Vieillir en institution: Témoignages de professionnels, regards de philosophe. Montrouge : John LibbeyEurotext, 2006. 176 p., p 28, Cité dans, qualité de vie en EHPAD (volet 3), la vie sociale des résidents en EHPAD, ANESM, page 6

L'AMAPA veut répondre efficacement à ce besoin d'évolution et d'innovation au sein des EHPAD. L'association a débuté son activité d'aide depuis les années 1962 avec le « *service d'aide et de maintien à domicile* ». Elle a été ainsi la première à offrir ce service au niveau du département de Moselle. Le développement organisationnel de la structure a pris de l'ampleur depuis, et notamment dans la gestion, avec sa première gestion directoire en 1974, le renouvellement de la structure de gestion en 1980 qui a permis l'intégration d'une nouvelle branche d'activité qui prend en charge les personnes en situation de handicap ou « Auxiliaire de vie », en 1983. À partir de l'année 1985, les branches d'activités de l'association n'ont cessé de s'étendre et se développer. Ainsi, on a vu la création du « service de soins infirmiers à domicile », ainsi que le service d'aide administrative, dit « service mandataire ». C'est aussi cette même année que l'AMAPA crée ses deux premières unités de vie, répondant à la demande de prise en charge de personnes âgées faiblement dépendantes. Une quinzaine de structures lui ont succédé avant la fermeture progressive de celles-ci par manque de financement et sous l'impulsion des pouvoirs publics qui misent sur le développement de solutions d'hébergement en établissement médicalisés pour personnes âgées dépendantes et favorisent un maintien à domicile le plus longtemps possible.⁷

En 1988 a vu l'intégration de la téléassistance dans la stratégie d'appui et d'accompagnement des seniors dépendants et dans une situation fragile. Ce service engage l'association à plus de 2000 abonnés à ce jour. À cet égard, l'AMAPA met en place son premier EHPAD à Metz, en 1990, avec une soixantaine de lits à son actif. Le développement de ce type d'établissement n'a cessé de croître depuis, avec des démarches de construction de nouveaux établissements, de gestion et même d'acquisition.

De là et à partir de l'année 2012, l'association connue son second renouvellement de structure de gestion. Après une période de difficultés financières, l'association originelle est liquidée et l'ensemble des actifs est repris le 1^{er} novembre 2012 par le groupe national familial Docte Gestio. Bernard BENSARD, PDG du groupe devient le Président de la

⁷ Source : amapa.fr/historique, consultée le 19 août 2014

nouvelle AMAPA. Une nouvelle identité graphique est créée pour affirmer sa vocation sociale et d'entraide entre les personnes en associant à son nom : « Génération solidaire »⁸.

Les principes de gestion de Docte Gestion, AMAPA est en phase de développer ces activités à un niveau national et ainsi a vu la mise en place d'une structure interne, favorisant la gestion des activités médico-sociales, appelée DG Help⁹. Par ailleurs, le groupe, dans ses ambitions et sa vision de développement, a aujourd'hui comme siège national pour « l'absorption des structures associatives », le centre à Metz. AMAPA est également devenu un nom commercial à part entière.

Docte Gestio, groupe parisien d'essence clairement commercial fondé en 1999 par un polytechnicien, Bernard BENSAID, s'est spécialisé dans la gestion d'actifs immobiliers, l'exploitation d'hôtels et de résidences et plus spécialement dans le rachat de structures en mauvaise posture économique. Depuis 2011 le groupe s'oriente vers le secteur médico-social et possède aujourd'hui 23 établissements de santé et pôles d'accueil dont deux cliniques, un centre de santé et deux établissements thermaux. Le chiffre d'affaires cumulé du groupe en 2013 s'élève à plus de 127 millions d'euros, et prévoit de réaliser 144 millions d'euros pour 2014.

Pour la filiale AMAPA, à fin 2013 le chiffre d'affaires était de 59 millions d'euros, les prévisions de 2014 sont de 88 millions d'euros et de 200 millions d'euros pour 2016.

Cette structure, pour ce faire, gère la résidence « Le pré vert », objet de mon étude.

En position de dirigeant d'une structure médico-sociale, ce mémoire se cadre suite à mes constats tout au long de mon immersion au sein de cet établissement. En effet, ma réflexion a été principalement guidée par le développement continu de la dépendance

⁸ Source : amapa.fr/historique, consultée le 19 août 2014

⁹ Source : amapa.fr/historique, consultée le 19 août 2014

physique associée à des troubles psycho-comportementaux et cognitifs, relatée chez les personnes de grand âge et résidant dans les EHPAD ou Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Aussi, des questions vont valoriser mes arguments ainsi que mes pensées dans la rédaction. À cet égard, ces questionnements se poseront comme suit, comment va se faire la prise en charge de cette population à risque qui nécessite un appui et des accompagnements adaptés et souvent différents ? Quelles seront les structures et les organisations à adapter pour répondre à leurs besoins ? Comment adapter et adopter un accueil idéal pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ?

Afin de mettre en contexte ce travail et de diagnostiquer la situation relatée au sein d'un EHPAD existant, j'entamerai par une analyse de l'offre et de la demande au sein de la résidence « Le pré vert ». En ce sens, il sera opportun de soulever les fondements mêmes de l'établissement, tant dans sa politique managériale que dans son organisation interne.

Par ailleurs, un point de circonstance sera également soulevé afin d'analyser la demande, l'environnement de la résidence ainsi que les perspectives d'évolutions qui devront être apportées afin de répondre au mieux aux besoins et aux attentes des résidents de l'établissement face à la dépendance des personnes âgées.

Dans la deuxième partie de ce mémoire, mon analyse fera un regard plus poussé sur la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées pour savoir : comment répondre au mieux aux besoins des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ? En outre, cette partie aura une attention particulière dans la structure particulière de l'établissement et ainsi, son extension en vue de la création d'un PASA ou Pôle d'Activités et de Soins Adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des résidents.

Également dans cette seconde partie, il me sera nécessaire dans le système de management, de relater l'organisation générale du PASA afin de répondre aux besoins et attentes des patients. Ceci se fera avec une évaluation des ressources ainsi que des moyens de financements pour assurer la réussite du projet de création du PASA.

Et enfin, en vue d'« explorer les futurs possibles pour identifier les enjeux de demain, et éclairer les décisions d'aujourd'hui »¹⁰, une prospective sur les besoins de prise en charge pour les patients atteints de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées, lorsque la maladie évolue, sera mise en avant. Pour ce faire, mon travail prévoira également, la mise en place et l'intégration d'une unité d'hébergement renforcé qui s'intégrera efficacement à la structure EHPAD déjà existante. Ceci afin de satisfaire et d'anticiper les besoins d'un environnement convivial des résidents et suivant les aspects règlementaires adaptés.

¹⁰Pierre CHAPUY, Cnam -Gerpa - La Prospective Méthodes, démarches et intérêts- Académie Lorraine des Sciences- Jeudi 14 juin 2012

PREMIERE PARTIE:

“LE BIEN ETRE” POUR TOUS A LA RESIDENCE LE PRE VERT

ANALYSE DIAGNOSTIC DU POSITIONNEMENT OFFRE/DEMANDE.

INTRODUCTION 1^{ère} partie

Depuis sa mise en activité en 1994 et à travers son histoire, l'EHPAD, « Le pré vert » s'est confronté au besoin de changement et à l'évolution perpétuelle de la population messine et surtout celle de la Moselle. Aussi, en optimisant l'accueil des personnes âgées devenues dépendantes, l'établissement exploite deux résidences, à savoir, la résidence Le Pré Vert et celle de La Tour de Heu.

Actuellement, sous la gestion du groupe Docte Gestio, l'établissement est dirigé localement par l'AMADA-DG, qui a repris les rênes depuis 2012.

Ainsi, suivant l'Arrêté n° 94-DS-33 du 30 mars 1994, la résidence Le Pré Vert possède un service en charge de la cure médicale au niveau de Maizère-Les-Metz. Également, suivant l'Arrêté conjoint n° 97-DS-79 du 23 mai 1997, cette résidence qui auparavant était une simple maison de retraite, s'est vu étendre ses activités afin de devenir un EPHAD.

Et parmi les évolutions et les développements de la résidence, on peut faire mention de l'Arrêté préfectoral n° 2006-DPA- du 26 septembre 2006, qui autorisait le rattachement entre ce dernier et l'unité de vie La Tour de Heu. Également, en 2012, Arrêté conjoint DPA n° 23040 / DGARS n° 1461 du 11 décembre 2012, les deux structures se sont vues octroyées une autorisation de transfert de gestion en la personne morale de l'AMAPA ou l'Association Mosellane d'Aide aux Personnes Agées¹¹.

Actuellement, avec la gestion de l'AMAPA-DG ou l'Association Mosellane d'Aide aux Personnes Agées-Docte Gestio, les besoins relatés par la population mosellane se font ressentir de plus en plus et ceci, suivant une croissance démographique de la population mosellane.

En effet, pour répondre au mieux au contexte de vieillissement, mais aussi et surtout, face aux risques pathologiques de démence présentée par les individus de catégorie d'âge sénior, l'actuel nombre de places de l'établissement ainsi que le fonctionnement et l'organisation généraux, ne pourront pas optimiser cette prise en charge.

À cet égard, dans cette première partie, nous allons avancer des études et des analyses a sein de l'établissement, tant sur sa structure et son environnement que sur son organisation afin de pouvoir délimiter les besoins et les attentes et pouvoir répondre efficacement à ces derniers mais aussi, afin de percevoir les opportunités que constituent le marché et l'environnement extérieur, tant sur le cadrage législatif, la pression institutionnelle que sur le positionnement des offres concurrentiels, dans le contexte de la gestion de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, dans le département de la Moselle.

¹¹ Références juridiques recensées « Projet d'établissement 2014-2019 » EHPAD Le pré vert, P.8

PARTIE A:

Analyse et diagnostic des forces et faiblesses de la résidence « LE PRE VERT »

INTRODUCTION

Se situant dans la région de la Lorraine et considérée comme son département le plus peuplé, la Moselle possède le profil type des villes françaises à risques, compte au développement de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

À cet effet, il est essentiel d'optimiser l'offre afin de répondre aux besoins et aux attentes ressentis par la population vieillissante locale. Aussi, avec sa structure et la disponibilité d'un établissement, pouvant prendre en charge des personnes présentant la pathologie de démence, mais aussi, afin d'accompagner les personnes âgées dans leur période de fin de vie, la résidence « Le Pré Vert », offre des services qui se veulent adaptés à ce contexte et ainsi, pouvoir répondre aux demandes actuelles, de prise en charge.

Dans cette section, nous verrons ainsi, les caractéristiques de l'offre interne proposée par cette résidence et de l'analyser en profondeur afin de pouvoir délimiter ces forces et relater également, ces faiblesses, devant être renforcées pour permettre une prise en charge optimale.

A-1 Analyse de l'offre actuelle : Etat des lieux au sein de la résidence « Le pré vert »

Afin de mieux avancer dans l'analyse des besoins, faire un point sur l'existant nous est nécessaire dans ce travail. A cet effet, soulever les forces et les faiblesses de l'établissement à travers l'analyse organisationnelle et de la logistique se fera dans cette section en vue de dégager les points à améliorer et optimiser les éléments qui constituent la force de ce dernier.

A-1.1 La vision d'une structure qui inspire

A-1.1.1 Le cadre architecturale

Se trouvant dans un quartier calme mais à quelques pas du centre-ville de Maizières-les-Metz, dans un cadre verdoyant la résidence Le Pré Vert est un lieu de bien-être adapté pour la prise en charge médicale des personnes âgées.

Ayant débuté ses activités le 2 janvier 1997, la construction de la résidence Le Pré Vert a été achevée en 1996.

Afin de s'assurer au mieux d'une réponse optimale aux besoins des résidents, en 2013, la résidence a vu un réaménagement et une restructuration de l'espace d'accueil ainsi que de la restauration. Un nouveau pôle de soin centralisé a également été construit avec une véranda disposant d'un système de climatisation qui assure le bien-être des résidents.

Sur le plan architectural, on peut relater le développement de la résidence sur deux niveaux. Ces derniers sont accessibles et se font un lien à travers deux ascenseurs. Pour ce qui est de son environnement externe, l'inspiration au bien-être se reflète à travers la présence d'un grand jardin paysager entourant le bâti et disposant d'un bassin et d'une terrasse où les résidents peuvent prendre l'air et avoir un confort externe optimal, dans le calme et la sérénité.

Dans les détails, on peut relater les points ci-après :

- Au niveau du rez-de-chaussée, se retrouve le pôle administratif, la salle d'accueil principale, l'espace cuisine, la salle de restauration donnant sur le patio, une salle d'activité ouverte sur jardin, et une belle et grande véranda. Le rez-de-chaussée dispose, d'un salon de coiffure, d'une boutique en cours d'installation, de salles techniques servant de buanderie, de vestiaire et autres espaces de rangement. Enfin, pour optimiser le confort, ce niveau dispose de salle de soins, de chambres au nombre de 22 ainsi que de sanitaires adaptés
- Au premier étage, nous retrouvons 31 chambres une grande salle d'animation climatisée, deux salles de réunion dont une polyvalente pouvant servir de salle d'animation si nécessaire, une salle de culte, un grand salon ainsi qu'un lieu de réception. Enfin, comme pour le rez-de-chaussée, les sanitaires sont disponibles à tous les niveaux et dans toutes les chambres on y trouve aussi deux grandes terrasses.
- Enfin, le toit qui est également une terrasse, dispose d'une chaufferie et la salle de contrôle technique des deux ascenseurs.

La résidence possède de grands atouts, en terme d'espace disponible, plusieurs fauteuils représentant de petits salons sont installées dans toute la résidence, le but étant que les résidents s'approprient tous les espaces et non pas seulement la véranda du rez-de-chaussée, cela permet aussi aux familles de s'approprier un espace plus privatif.

A-1.1.2 La capacité d'accueil

La résidence Le pré vert, permet d'accueillir 53 résidents en chambres individuelles, à ce jour aucune chambre double n'est existante au sein de la résidence.

50 chambres sont destinées à l'accueil permanent et 3 chambres sont destinées à l'hébergement temporaires, ces chambres permettent la prise en charge pour une période de 3 semaines à 6 mois maximum.

Pour l'année 2013 le profil des résidents accueillis sur la résidence Le Pré Vert est décrit dans de synthèse ci-après :

Tableau 1 : Profils des résidents en 2013

Libellé données résidents	Données chiffrées
Age moyen	87,4 ans
Pourcentage hommes	23%
Pourcentage femmes	77%
Nombre d'entrée en 2013	6
Durée Moyenne de séjour	4 ans 1 mois
Nombre de journées d'hospitalisation	473

Source : « *Projet d'établissement 2014-2019* » EHPAD Le pré vert, *Présentation de la résidence Le Pré vert*, P.13

A-1.2 La logistique

A-1.2.1 L'hébergement

La conception architecturale autour d'un patio central, une véranda donne sur un jardin paysager avec un bassin et une terrasse de plain-pied, est basé à la fois sur l'ouverture ainsi que sur les besoins spécifiques des résidents, dans un cadre paisible et confortable.

L'ensemble des chambres sont individuelles disposant d'une salle de bain individuelle toute équipées d'une douche de plein pied, toilettes et lavabo aux normes handicapées. Elles sont toutes aménagées de lits médicalisés avec matelas à mémoire de forme. L'ameublement est simple mais adapté afin de permettre la libre circulation en toute sécurité. Le résident peut s'il le souhaite, apporter quelques meubles personnels si ceux-ci ne présentent aucun danger. Toutes les chambres sont équipées d'une ligne téléphonique et d'une prise télé, pour les résidents désirant apporter leur équipement TV.

A-1.2.2 La restauration

La restauration est sous-traitée par la société SODEXHO, la confection des repas se gère en semi interne, c'est en effet au sein d'une résidence « AMAPA » que se préparent les repas à une quinzaine de kilomètres de la résidence. La société SODEXHO livre, avec son propre personnel, les repas et met à disposition son personnel pour la remise en température. Le véhicule de transport est mis à disposition par l'AMAPA.

Une commission repas est organisée à raison de deux fois par an, y est convié le personnel de la résidence, les résidents ainsi que les familles pour la révision des menus. Un menu automne/hiver et un Printemps/été est préparé en collaboration avec la diététicienne. La société SODEXO assure tous les régimes spéciaux (sans sel, allégé en sucre, mais aussi les hachées, les mixées). Une des grandes qualités du sous-traitant est aussi, de répondre très rapidement à la demande des résidents. Par ailleurs, ils répondent également au repas enrichi dans le but d'éviter au maximum au recours des compléments alimentaires.

A-1.2.3 Les soins

Pour chaque résident, les soins ont pour finalité la meilleure qualité de vie possible. Les soins s'inscrivent dans une continuité en passant des soins préventifs, aux soins curatifs et de réadaptation, aux soins palliatifs, allant jusqu'aux soins terminaux le plus souvent.

Les droits à la santé ont été réaffirmés dans la loi n° 2002-2 du 02/01/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, dans la loi n° 2002-303 du 4/03/2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ainsi que dans la loi n° 2005-370 du 22/04/2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Les droits du résident sont exposés également dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie, ainsi que dans celle de la personne âgée dépendante.

□ Formation et information :

Les droits liés à la santé ont sensiblement évolué, et supposent aujourd'hui en EHPAD, un respect et une application très stricts. Pour ce faire, il est nécessaire que chaque professionnel soit formé à une parfaite connaissance de ces droits.

Mais une parfaite information sur les droits en matière de santé ne concerne pas uniquement les professionnels.

Afin que le résident et/ou ses proches puissent participer (selon leur possibilité) activement à leur projet de soins, il est impératif qu'ils connaissent ce qu'il est donné de faire sur le plan juridique, et les ressources existantes pour les aider.

Afin de respecter cette obligation, le résident est informé oralement lors de son admission (lors de l'entretien de pré-admission), mais aussi par le biais du livret d'accueil et du contrat de séjour.

Les conditions de partage de ces informations sont également définies par le biais de la nomination (ou non selon l'accord du résident), d'une personne de confiance désignée par le résident, pour l'accompagner dans son parcours de santé. Les coordonnées de cette personne sont indiquées dans le dossier du résident.

Autre intervenant indispensable dans le parcours de l'information : le médecin traitant du résident avec qui il convient de définir précisément, qui délivre les informations et quelles sont celles qui seront données ?

L'ensemble de ces éléments est indiqué dans le projet de soins.

À noter que le résident a le libre choix de son médecin traitant.

La participation du résident à son projet de soins suppose préalablement l'évaluation de ses potentialités et de ses ressources.

Par ailleurs, la dépendance est évaluée au minimum avec la grille AGGIR. En complément, toutes les ressources humaines sont formées à l'observation de la personne (aptitudes à réaliser les actes de la vie quotidienne, de s'approprier son espace personnel, les espaces collectifs, la faculté à exprimer son ressenti...). Dans cette optique, chaque collaborateur a suivi une formation sur l'humanité, suivant le concept de soins Gineste-Marescotti. A cet effet, des principes incontournables ont été mis en exergue en vue de posséder la certification humanitude, dans le futur. Ces principes concernent entre autres, l'inexistence de soin relevant de la force, la considération de la singularité ainsi, que de l'aspect intime, le principe de la verticalisation ou l'adoption de l'attitude de « vivre et

mourir debout »¹², l'optimisation de l'ouverture à l'environnement externe, le concept « lieux de vie, lieux d'envie. »¹³

A d'autres égards, l'implication du résident dans l'évaluation de sa santé, est privilégiée et favorisée par la mise en place d'un réel dialogue entre le résident et l'équipe au sein duquel, toutes les questions pourront être posées pour rassurer le résident. Et lorsque c'est son choix, l'implication d'un proche du résident est favorisée.

Dès lors que tous les acteurs sont définis et parfaitement informés, l'élaboration du projet de soins est lancée.

Il s'inscrit dans le respect des valeurs et principes définis dans le projet institutionnel tout en s'adaptant au projet de vie.

A-1.2.4 L'animation

La résidence répond à ses besoins en animation par déploiement interne et grâce à la participation d'une association de bénévoles. En effet malgré la demande récurrente auprès des autorités de tarification, il est difficile d'obtenir un poste d'animatrice.

Après un benchmarking, il apparaît que ce problème se retrouve au niveau régional, en effet il est noté que la politique régional est le non-financement de ce type de poste. La demande est néanmoins renouvelée tacitement auprès du tarificateur (Conseil général de Lorraine). Malgré le manque cruel de cette fonction, nous comptons tout de même des activités variées, le tableau ci-dessous reprend celles-ci :

Tableau 2 : Animations et activités proposées

Jours	Activités/Animations proposées :	Par qui :
Lundi	Ateliers mémoires (2 groupes)	Psychologue
Mardi	Divers (Loto, chants, art floral...)	Association « Le pré du cœur »

¹² Consulté sur <http://www.igm-formation.net> le 24/10/2014

¹³ <http://www.igm-formation.net> consulté le 24/10/2014

Mercredi (1 sur 2)	Ateliers manuels	AS + ASL
Jeudi	Gymnastiquedouce	ASL
Vendredi (1 sur 2)	Sorties (pique-nique, restaurant...)	AS + ASL

Source : Auteur

A-1.3 Les ressources humaines (qualitatifs et quantitatifs)

A1-3.1 Organisation et compétences

Le siège est présent comme plateau technique pour apporter une aide au directeur et ceux pour différents services :

- Le service de comptabilité qui se charge également de la paie
- Le service des ressources humaines en charge des conseils au recrutement ainsi que du droit du travail et des formations, ...
- Le service Qualité qui s'occupe entre autre de l'appui et de l'aide dans les procédures, le processus, la mise en place d'indicateurs ou encore, la préparation à l'évaluation interne et externe, ...
- Les interlocuteurs avec les autorités de tarification.

Par ailleurs, au sein de la résidence « Le pré vert », l'équipe est constituée de :

- 0,74 ETP DIRECTEUR
- 1 ETP OSL ou ouvrier des services logistiques
- 1 ETP secrétaire comptable
- 1 ETP infirmière coordinatrice
- 0,30 ETP médecin gériatre coordonnateur
- 1,8 ETP infirmiers
- 9,40 AS ou Aides-soignantes
- 8,95 ASL ou Agents des services logistiques
- 0,5 ETP Psychologue
- 0,25 ETP ORTHOPHONISTE
- 0,25 ETP KINESITHERAPEUTE OU PSYCHOMOTRICIEN

Cette répartition considère ainsi, un total de 24,10 ETP et une moyenne d'encadrement de 0,482 global par lit, nettement inférieure à la moyenne nationale qui est de 0,59 ETP global/lit¹⁴ dans les établissements spécialisés privés non lucratifs et 0,69 ETP global/lit¹⁵ dans les établissements spécialisés publics. Si l'on se réfère au niveau de GMP dans l'EHPAD¹⁶, la moyenne est relatée comme suit :

- Pour GMP de l'Ehpad à moins de 600, la moyenne du taux d'encadrement est de 0,51
- Pour GMP de l'Ehpad compris entre 600 et 700, la moyenne est de 0,57
- Pour GMP de l'Ehpad de plus de 700, la moyenne est de 0,65

Toutefois, par rapport aux compétences de l'équipe, la moyenne d'âge du personnel est 43,25 ans et qui se traduit par une moyenne d'âge d'expérience de 9,18 ans au sein de l'établissement. Ceci prouve une réelle acception du travail chez l'équipe et un engagement durable relaté par l'affirmation de l'expérience. En effet, en détaillant, le personnel le plus proche des résidents affirment leur qualification et leur expérience mais aussi, leur volonté dans leurs engagements suivant ces constats :

- Ancienneté des ASL = en moyenne 11,04 ans
- Ancienneté des AS = en moyenne 6,63 ans
- Ancienneté des IDE = en moyenne 7,4 ans

A1-3.2 Répartition financière sur les trois sections tarifaires

Le coût séjour d'un résident au sein de l'établissement suit la répartition tarifaire suivante :

¹⁴ Source : KPMG, observatoire EHPAD premiers résultats, janvier 2014

¹⁵ Source : KPMG, observatoire EHPAD premiers résultats, janvier 2014

¹⁶ Source : KPMG, observatoire EHPAD en 2012, <http://www.soignantenehpad.fr> consulté le 25/10/2014

- Le coût d'hébergement : recouvrant la totalité des prestations administratives et dont la charge est entièrement supportée par le résident. Ce tarif comprend entre autre, le service de l'hôtellerie et de restauration ainsi que les diverses animations et services d'entretien. Ce tarif est par ailleurs, identique pour tous les résidents intégrant l'établissement, car il n'est pas lié au niveau de dépendance de ce dernier et afin que chacun puisse jouir du même confort et service. En outre, ce tarif d'hébergement supporte les coûts des différents services comme, la section hébergement, le personnel, la restauration, les intervenants en animation, la lingerie et l'ASL à hauteur de 70% de sa masse salariale, dans l'administration générale de l'établissement

- Le coût de la dépendance : recouvrant les prestations attribuées aux aides et à l'accompagnement du résident dans la réalisation des activités quotidiennes. Le niveau de dépendance est ainsi, évalué par le personnel médico-social et établi suivant la grille AGGIR. Cette évaluation implique ainsi que, plus le résident est dépendant, plus le coût de la prestation sera élevé. Toutefois, le coût peut être amorti avec de l'aide externe comme l'APA ou allocation personnalisée d'autonomie, qui peut le prendre en charge en totalité ou en partie. Cette allocation fera l'objet d'un versement direct au niveau du résident ou, suivant son accord au préalable, verser au niveau de l'établissement mensuellement. Dans la répartition pour la prise en charge du volet administratif et du fonctionnement de l'établissement, ce volet supporte 30% de l'ASL, 30% des AS et 100% du psychologue

- Le coût relatif aux soins : qui prend en charge l'équipe de soins et qui est supporté entièrement par l'assurance maladie. Cette aide est ainsi, versée par l'assurance maladie, directement au niveau de l'établissement. Le résident n'aura rien à payer, par conséquent, mis à part les consultations particulières faites par un médecin spécialisé ou un médecin généraliste dont la tarification ne fait pas partie de la rubrique comprise dans la tarification sur les soins. Cette section prend en charge, 70% de l'AS, 100% du personnel infirmier et le médecin coordonateur.

Par ailleurs, ces coûts seront affectés et répartis suivant trois groupes, définis suivant le tableau ci-après :

Groupe	Débit	Crédit
Groupe 1	Charges relatives à l'exploitation courante	Crédit relatif à la tarification
	Achats	
	Acquisitions emmagasinées de matières premières et de fournitures	Crédits issus de la tarification émanant du I de l'article L.312-1 du CASF
	Acquisitions emmagasinées - autres approvisionnements	quote-part de l'apport globalisé commun prévu par l'article R.314-43-1 du CASF
	Évolution des stocks	Coût de la dépendance
	Acquisitions non emmagasinées de matières et fournitures	Coût des soins (EHPAD)
	Acquisitions de marchandise	Crédit sur les services octroyés non prises considérés dans les coûts journaliers de soins
	Rabais, remises, ristournes accordés par l'établissement	
	Évolutions des stocks, en cours de production, produits (en dépenses)	
	Services extérieurs	
	Sous-traitance: assistance de type médical	
	Sous-traitance: assistance de type médico-social	
	Transports de biens, usager, du personnels et divers	

Groupe	Débit	Crédit
	Frais de communication	
	Services de blanchissage externe	
	Services d'alimentation externe	
	Service de nettoyage externe	
	Service d'informatique externe	
	Remboursement de frais	
	Autres services	
Groupe 2	Charges relatives au personnel	Crédit relatif à l'exploitation
	Personnel externe	Concours forfaitaires des résidents
	Salaires d'intermédiaires et honoraires	Forfaits quotidiens
	Impôts, taxes sur salaires (administration des impôts)	Contributions prévus au quatrième alinéa de l'article L.242-4 du CASF
	Impôts, taxes sur salaires (autres organismes)	Contributions aux coûts de repas et de transport dans les ESAT
	Salaire des employés non médical	Autres contributions forfaitaires des résidents
	Salaire des employés médical	Production en réserve
	Dépenses de sécurité et de prévoyance sociale	Production en immobilisation
	Personnes en situation de handicap	Subventions d'exploitation et contribution

Groupe	Débit	Crédit
	Autres dépenses sociales	Autres crédits de gestion courante
	Autres dépenses de personnel	Variation des stocks (en recettes)
	Valeur des provisionnements relative aux congés payés	Rabais, remises et ristournes reçus
		Rabais, remises et ristournes reçus sur prestations externes
		Remboursements sur salaire des employés non médical
		Remboursements sur salaire des employés non médical
		Fonds de dédommagement des arrêts anticipées d'activité
		Intérêts des emprunts et dettes (en recettes)
Groupe 3	Charges relatives à la structure	Crédits financiers et non encaissables
	Redevances de crédit bail	Crédits financiers
	Valeur locative des immobiliers	Crédits exceptionnels sur les activités de gestion
	Valeur locative des mobiliers	Crédits sur exercices antérieurs
	Dépenses de location et de co-propriété	crédits d'arrêts d'éléments d'actif
	Entretien des biens immobiliers	Quote-part des contributions d'investissement transférées au résultat de l'exercice
	Entretien des mobiliers	Autres crédits exceptionnels

Groupe	Débit	Crédit
	Maintenance	Relance sur amortissements et réserves
	Primes d'assurances	
	Etudes et recherches	
	Divers	
	Information, publications, relations publiques	
	Prestations bancaires et assimilés	
	Autres impôts et taxes	Relance des moyens non utilisés des exercices antérieurs (établissements privés)
	Autres dépenses de la gestion courante	
	Charges pour droits et valeurs assimilées	Transfert de dépense
	Pertes sur obligations	
	Quote-part de résultat sur activités communes <i>(établissements privés)</i>	
	Subventions	
	Dépenses diverses de gestion courante	
	Dépenses financières	
	Dépenses exceptionnelles sur activités de gestion	

Groupe	Débit	Crédit
	Dépenses sur exercices antérieurs	
	Montant comptables des éléments d'actif concédés	
	Autres dépenses exceptionnelles	
	Apports aux amortissements, aux dévaluations, aux stocks et engagements	
	Apports aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	
	Apports aux amortissements des dépenses d'exploitation à répartir	
	Apports aux provisions pour risques et dépenses d'exploitation	
	Apports aux provisions des immobilisations incorporelles et corporelles	
	Apports aux dévaluations des actifs circulants	
	Apports aux amortissements et provisions : Dépenses financières	
	Apports aux amortissements et aux provisions : dépenses exceptionnelles	

Groupe	Débit	Crédit
	Apports aux amortissements exceptionnels des immobilisations	
	Apports aux stocks réglementés (immobilisations)	
	Apports aux amortissements dérogatoires	
	Apports aux autres stocks réglementés	
	Apports aux stocks réglementés en vue de renforcer la couverture du BFR	
	Apports aux stocks règlementés pour renouveler les immobilisations	
	Apports aux stocks règlementés: provisions des plus values nettes d'actif	
	Apports aux stocks réglementés : provisions des plus-values nettes d'actif immobilisé	
	Apports aux stocks réglementés : provisions des plus-values nettes d'actif circulant	
	Autres	
	Apports aux stocks pour dévaluations exceptionnelles	
	Obligations à réaliser sur moyens affectés	
	Obligations à réaliser sur contributions attribuées	

Groupe	Débit	Crédit
	Obligations à réaliser sur dons manuels affectés	
	Obligations à réaliser sur legs et donations affectées	

Source : Télébudget EHPAD, adapté de la feuille excel sur www.infodb.fr/telebudget/TELEBUDGET%20EHPAD.xls consulté le 26/10/2014

-2 Analyse de la demande : « Le comportement et les besoins de la population accueillie »

A-2.1 La population accueillie

A-2.1.1 Le besoin de prise en charge de la dépendance

Pour la prise en charge de la dépendance, elle s'exprime à travers :

- La reconnaissance des besoins psychologiques comme le repos, le sommeil ou encore la restauration
- La reconnaissance des besoins hygiéniques afin de permettre au résident d'avoir une assurance sur une image positive ainsi, qu'une relation et un lien social
- La reconnaissance des besoins de soins
- La reconnaissance des besoins de mobilité
- La reconnaissance des besoins de bénéficier d'activités et d'affirmer la présence

A-2.1.2 Le besoin de prise en charge du soin

Pour la prise en charge du soin, les activités concourent à la préservation et le maintien de l'autonomie des personnes âgées. À cet effet, ces personnes seront accompagnées dans une démarche d'humanité faisant appel à la mise en place d'un projet de vie personnalisée et incluant la participation d'un référent qui servira de repère pour le résident et d'une équipe pluridisciplinaire, en charge d'élaborer le projet de vie de chaque résident en collaboration avec ses proches et l'intéressé lui-même.

A-2.2 Les besoins relatés au niveau des résidents

A-2.2.1 Les besoins exprimés

Demandes relatées lors de la conception et révision des projets personnalisés des résidents, les attentes peuvent parvenir aussi bien de la part des résidents que des familles. Le plus souvent il a été constaté que les demandes étaient souvent une demande d'échange, d'écoute et notamment de communication.

Par ailleurs, les résidents ont besoin d'un accompagnement, les ressources ne nous permettent pas d'être sans cesse avec le résident, il nous est cependant possible de tout mettre en œuvre pour promouvoir l'échange et l'entraide entre résidents valide et non valide. Une grande majorité partage, ainsi, la politique de l'entraide qui est une des valeurs premières de l'AMAPA « génération solidaire » qui est venue accentuer lors de la reprise de la nouvelle AMAPA par le groupe DOCTE GESTIO.

Néanmoins, il est difficile de demander à des personnes ayant toutes leurs facultés mentales d'aider des personnes présentant des troubles du comportement, l'agacement ajouté à la crainte de se retrouver dans un tel état, rejette le malade est parfois de façon très violente.

A-2.2.2 Les besoins non exprimés

Il s'agit là, principalement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, qui sont dans l'incapacité de définir qu'elles sont leurs besoins, elles-mêmes, n'étant pas consciente de celui-ci. Mais leur comportement démontre leur grand besoin de prise en charge.

Les cas et donc les comportements sont très variés, certains résidents malades se retrouvent parfois en plein cœur de la résidence, et angoissent de se retrouver dans de grands espaces, ils déambulent en criant « au secours, je ne sais pas où aller... ». Pour certains, ils tentent de sortir de la résidence, sans accompagnement pour « aller au coiffeur, à l'école, au travail... » Ces patients ont besoins d'un accompagnement tout au long de la journée, on s'aperçoit que lorsqu'ils sont pris en charge autour d'une activité, d'une animation ou ne serait-ce que par l'échange, ceux-ci présentent des signes d'apaisement significatif.

Il est donc important de se doter de richesses humaines supplémentaires, mais pas seulement, on a besoin de personnes formées à la prise en charge de ces malades pour savoir comment se comporter, comment les stimuler afin de conserver au maximum leurs fonctions motrices, cognitives, sensorielles et promouvoir le lien social.

A2.3 Le recueil des attentes des résidents

A2.3.1 Les groupes de paroles

Dans les groupes de paroles, afin de recueillir les attentes des résidents, il est essentiel, dans un premier temps, d'avoir une réflexion sur le cadrage de la discussion à aborder et de se fixer des objectifs bien définis. En effet, l'imprécision peut avoir un effet anxiogène à l'égard des participants. À cet effet, le groupe de parole est animé par un binôme aide-soignant/aide de services logistiques, qui connaissent bien les résidents. Ces groupes auront ainsi comme objectifs :

- La contribution pour l'amélioration de la relation d'aide, de l'accompagnement dans les différentes étapes de la maladie et de soulever les questions relatives à la maladie, au fur et à mesure de sa progression
- Le recueil et la libération des différentes charges d'émotions qui pèsent chez les résidents comme chez les aidants en vue de dédramatiser les problèmes encourus
- L'optimisation des réunions de groupe afin de construire une réflexion commune sur les divers points de vue, concernant les attentes et les besoins des résidents. Ceci, en favorisant les questions soulevant les vécus au quotidien des résidents et afin de prendre des décisions nécessaires

A2.3.2 L'enquête de satisfaction

En plus des groupes de paroles, les enquêtes de satisfaction doivent permettre de prendre en compte les attentes des résidents. À cet effet, l'enquête de satisfaction se basera sur l'idée de clarifier les principes de satisfaction perçus dans la prestation de service. Ceci inclura la connaissance sur la perception de la qualité de service (service d'admission, soins, restauration...). Ainsi, l'enquête intégrera des dimensions diverses qui favoriseront la valorisation de la diversité des attentes perçues chez les résidents. Cette diversification concernera :

- La satisfaction dans la qualité de service sur les besoins psychologiques et des besoins vitaux au quotidien
- La satisfaction dans la qualité de service sur les besoins de sécurité
- La satisfaction dans la qualité de service sur les besoins d'appartenance et de relation avec les proches et les aidants
- La satisfaction dans la qualité de service sur les besoins de reconnaissance et d'estime de soi
- La satisfaction dans la qualité de service sur les besoins de réalisation de soi et l'affirmation de la créativité pour le développement personnel

Dans ce cadre et pour la population résidente de l'établissement Le Pré Vert, l'enquête de satisfaction est réalisée une fois par an permettant ainsi, de voir les forces et les faiblesses du service octroyé. Ainsi, durant la dernière enquête, réalisée en novembre 2013, 69,7% des résidents ont fait la restitution, ce qui a permis d'avoir les résultats ci-après :

- 97 % estiment que la sécurité de l'établissement est satisfaisante
- 72,7% estiment que l'entretien des chambres est satisfaisant
- 84,8% estiment que l'entretien des parties communes est satisfaisant
- 84,8% estiment que le confort des chambres et des espaces commun est satisfaisant
- 84,8% estiment que le calme de la résidence est satisfaisant

- 87,9% estiment que les salariés sont aimables
- 63,6% estiment que les salariés sont disponibles
- 81,8% estiment que les salariés sont respectueux
- 78,8% estiment que la qualité des repas est satisfaisante
- 87,9% estiment que la qualité des soins est satisfaisante

A2.3.3 Le conseil de la vie sociale

En vue d'élaborer ou de modifier les règlements sur la démarche générale et le projet d'établissement, le CVS doit être créé et élaboré en mettant en avant des points majeurs et qui optimisent la vie sociale des résidents, comme :

- Le fonctionnement interne et l'organisation de la vie journalière au sein de l'établissement
- L'organisation des activités ainsi que le service d'animation et les services de soins et thérapeutiques
- Les projets d'équipements de la résidence et les projets concernant les divers travaux
- Le service de maintenance et d'entretien de la résidence

Au sein de l'établissement, le CVS a été mis en place en 2014 et constitué notamment, de 3 résidents et de deux membres de leurs familles. Le conseil est également présidé par un président qui a été élu à l'unanimité par les membres et se réunit au moins 3 fois par an. Il est à constater que les membres de ce conseil comme son président sont très actifs et ainsi, lors des deux dernières séances de réunion du conseil, un terrain d'entente a été trouvé en vue du recrutement d'une nouvelle coiffeuse pour le salon existant dans la résidence. Egalement, le CVS est animé tous les derniers vendredi du mois.

Conclusion A

La structure et le service offert par la résidence Le Pré Vert, répond tant bien que mal aux évolutions des attentes et des besoins constater au niveau de la population de la Moselle mais aussi, des résidents intégrant la structure pour des besoins d'accompagnement et d'aide de prise en charge dans la dépendance et face à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées.

À cet égard, malgré une offre et un environnement qui attise le calme et le bien-être pour chaque résident, mais aussi un cadre de partage et de communication optimal qui incite la participation de tous les acteurs, incluant, le personnel aidant, le résident ainsi que sa famille, dans les projets de vie, la demande actuelle ne peut encore être satisfaite, faute de moyen.

Le personnel au sein de la résidence s'organise ainsi, tant bien que mal pour répondre aux besoins exprimés et non exprimés des résidents et de leurs familles, en vue d'optimiser la prise en charge et de limiter les risques, en favorisant le partage et la communication entre les divers acteurs et en optimisant les enquêtes de satisfaction à la base, pour permettre de connaître les attentes et les besoins des résidents. Ceci permet de les accompagner efficacement. Toutefois, il est à constater qu'un apport favorable de l'environnement externe permettrait, non seulement de prendre en charge efficacement les résidents, mais aussi, de personnaliser l'offre en fonction de la demande relatée.

PARTIE B:

Analyse et diagnostic des opportunités et menaces de la résidence « Le pré vert ».

Introduction de la partie B

Il est essentiel que les établissements médicalisés prenant en charge les personnes âgées dépendantes et présentant des troubles pathologiques comme la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, suivent et s'acquittent de certaines obligations vis-à-vis de leurs résidents. Ces obligations sont surtout, définies par des lois et des clauses qui favorisent la prise en charge de ces derniers, et pouvant constituer des opportunités pour la structure Ehpad, comme des menaces face à son évolution dans le marché de l'offre de service de retraite médicalisée.

Par ailleurs, ces droits sont clairement définis dans le cadre de la loi du Code de l'action sociale et des familles et avancés dans l'article L311-3 et dont le non-respect des termes peut constituer une pénalité conséquente, de l'établissement Ehpad, vis-à-vis de la loi. À cet effet et à travers cette loi, pour pouvoir prétendre, offrir les meilleurs services à un résident, l'Ehpad doit entre autres disposer d'une structure de prise en charge qui permet d'accompagner de façon personnalisée ses résidents, avec une qualité de service optimale et dans le cadre d'une application qui incite une participation éclairée de ces derniers et qui se fait suivant son propre gré ou à travers son représentant légal.

Dans ce cadre et dans cette partie de notre travail, il nous sera utile de savoir que par rapport à cette loi, la Moselle possède un profil qui peut être favorable à la pérennisation des activités de la résidence Le Pré Vert. En effet, l'augmentation du nombre de populations cible depuis ces dernières années, l'évolution de la maladie d'Alzheimer et des types de maladies, mais aussi, les problèmes encourus et relatés chez les entourages et les proches des personnes âgées, atteintes de ces maladies, que ce soit, à domicile ou dans les établissements présentant une organisation ou des services inadaptés, engendrent des impacts psychologiques négatifs au sein de la société. Ceci, nécessite ainsi, un accompagnement personnalisé et un appui conséquent et rapproché des résidents.

Les diverses initiatives institutionnelles et les cadres légaux viennent corroborer ce besoin, nécessitant ainsi, la mise en place d'une structure adéquate et l'analyse approfondie de l'environnement externe de la résidence, afin de lui permettre d'évoluer efficacement dans le contexte du marché.

B-1 Analyse de la demande « Les besoins face à l'évolution de la dépendance »

B-1.1 L'évolution démographique

B-1.1.1 La population « profil en Moselle »

En 2011, la population de la Moselle se comptait à 1 045 146 habitants, selon les données de l'INSEE et répartie sur 441 261 ménages. Par ailleurs, la naissance moyenne se compte à 11 474 par an et la mortalité à 8 978.

Pour la catégorie d'âge ayant le profil de résident et susceptible d'être victime de la démence et de la maladie d'Alzheimer, le nombre est de 147 634 habitants pour la tranche d'âge entre 60 et 74 ans et de 86 973 habitants pour la tranche de plus de 75 ans.¹⁷ Par ailleurs, le nombre de ces habitants, ayant le profil de résident, à augmenter d'en moyenne 1 point, de 2006 à 2011, avec un taux de 13,1 % de la population, en 2006 pour augmenter de 14,1 %, chez la tranche de 60 à 74 ans et un taux allant de 7,2 % de la population en 2006, à 8,3 %, en 2011.

B-1.1.2 La demande à ce jour

En 2013, la demande d'entrée enregistrée au sein de la résidence Le Pré Vert était de 24 dont 19 sont déjà sorties et 5 suivant des entrées en provenance du domicile (4) et en provenance de l'hôpital (1).

Toutefois, une demande au nombre de 172 est encore en attente, en 2013 et 148 en fin août 2014, pour les 53 chambres de la résidence.

B-1.2 La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées au sein de la résidence « Le pré vert ».

¹⁷ Source : Insee.fr, consulté le 17/10/2014

B-1.2.1 La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer se présente surtout par des problèmes de cognition, notamment relatés par des difficultés de concentration, des difficultés de mémoire, des difficultés d'orientation et des activités de langage. Ce qui demande un accompagnement adapté pour que le résident puisse s'assurer de faire des activités au quotidien, à savoir, des activités de marche, l'hygiène personnelle, l'habillement ainsi que l'alimentation. Les malades sont aussi sujets à des troubles du comportement qui doivent être accompagnés comme, les problèmes nocturnes, l'errance, l'agressivité, mais aussi, les cas d'agitation.

B-1.2.2 Les dégénérescences fronto-temporales

Généralement, ce type de maladie neurodégénérative survient à un âge plus précoce que dans le cas de la maladie d'Alzheimer et touche autant les hommes que les femmes. Cette maladie se remarque surtout à travers des signes comme, la perte brusque de mémoire ou le changement comportemental soudain, le problème de langage ainsi que la difficulté à bouger. Cependant, il se différencie de la maladie d'Alzheimer du fait qu'il n'impacte pas la totalité du cerveau, mais touche surtout le lobe frontal de l'individu. Par ce constat, le malade aura les mêmes besoins d'accompagnement que le patient victime de la maladie d'Alzheimer.

B-1.2.3 La maladie à corps de Lewy

Affectant les fonctions cognitives d'une personne, le développement de la maladie à corps de Lewy se fait à travers des dépôts d'amas de protéine appelés « les corps de Lewy » sur les cellules cérébrales. Ce qui provoque un dysfonctionnement de la partie du cerveau qui en est touchée. Contrairement à la maladie d'Alzheimer, cette maladie évolue très rapidement et cause des dommages sévères sur les facultés mentales de l'individu. Ce dernier va ainsi, présenter des symptômes comme, des endormissements soudains et une perte considérable de la capacité d'attention, une baisse des repères spatio-temporels, des troubles comportementaux, mais aussi, une baisse de la fonction intellectuelle, des cas de dépressions ainsi que des syndromes extrapyramidaux et des difficultés à mouvoir.

B-1.3 Le constat sur l'évolution de la maladie

B-1.3.1 Les comportements modérés

Dans le stade d'évolution de la maladie d'Alzheimer, les comportements modérés se relatent par une affectation sur l'humeur, les sentiments, les comportements, mais aussi, les diverses capacités motrices et fonctionnelles du malade. Cette étape va ainsi, entraîner des changements significatifs sur le quotidien du malade et de ses proches.

Par ailleurs, pour bien cerner cette maladie et ses comportements à ce stade, les symptômes suivants sont à prendre en compte :

- Par rapport aux capacités cognitives : les troubles de mémoire vont s'aggraver, les pertes de concentration se feront plus conséquentes, les confusions se relateront de plus en plus dans la logique du malade, le malade sera désorienté dans le temps et dans l'espace, le malade aura beaucoup de mal à avoir de la compréhension dans les mots ainsi que de les exprimer, le malade aura également du mal à faire des choix
- Par rapport aux humeurs et aux émotions : le malade présentera une variation d'humeur et un sentiment d'insécurité permanent
- Par rapport au comportement : on relatera une passivité et une appréhension conséquente chez le malade accompagné de comportement d'errance et d'agitation. Le malade sera également victime de geste à répétition et d'hallucination diverse
- Par rapport aux capacités physiques : un besoin d'accompagnement dans les activités quotidiennes se fera sentir, le cycle de sommeil et de l'appétit seront également troublés. On remarquera aussi, des problèmes de coordination du notamment aux soucis spatiaux

B-1.3.2 Les comportements sévères

Considérés comme un stade grave, les comportements sévères des malades sont les signes que la maladie est avancée et qu'à cet effet, ces capacités cognitives sont en très nette régression. Par ailleurs, le malade aura énormément de mal à s'exprimer et à optimiser la

communication verbale. À cet effet, il est logique qu'il ait des besoins d'accompagnement dans la réalisation des activités basiques quotidiennes.

Dans ce contexte, les aidants ainsi que la famille devront prendre des décisions qui auront pour objectif de faciliter la période de fin de vie du résident. Par ailleurs, il est essentiel de considérer et d'optimiser les attentes et les besoins de ce dernier afin de guider la prise de décision dans les traitements thérapeutiques tout en respectant la dignité et la sécurité du résident présentant des signes de comportements sévères.

B-1.4 Les répercussions psychologiques de la maladie

B-1.4.1 Les répercussions sur la famille

Les répercussions et les impacts de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées peuvent être très profonds chez les proches et les membres de la famille. Toutefois, dès la connaissance du diagnostic sur la maladie, les membres de la famille doivent prendre en compte les dispositions nécessaires pour accompagner le malade et de connaître leurs responsabilités afin de les assumer. En ce sens, ils se doivent de devenir de véritables aidants pour le parent malade.

À cet égard et suivant la progression de la maladie, les charges et les difficultés peuvent se faire ressentir. Notamment, quand la personne malade devient le centre d'attention et que les autres membres la famille s'en trouvent négligés. Par ailleurs, la personne à la charge du malade se verra assumer toutes les tâches quotidiennes, qui peuvent également, devenir des fardeaux perpétuels et des sources de conflits familiaux.

B-1.4.2 Les répercussions sur les autres résidents

Dans le contexte d'une vie sociale conjointe en Ehpad, les profils des résidents sont différents et diversifiés. Les niveaux de dépendance sont ainsi, différents, et le degré de prise en charge doit s'y adapter. Par ailleurs, avec la présence de malades d'Alzheimer, les pathologies sont diverses et les comportements peuvent impacter psychologiquement les autres résidents.

Par ailleurs, selon les études de l'ANESM, une relation favorable entre les résidents se doit d'être favorisée en vue de créer le partage dans les diverses activités.

B-1.4.3 Les répercussions sur le personnel de la résidence

Devant les pertes cognitives et fonctionnelles des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, le personnel de la résidence se doit d'être attentif et au petit soin à l'égard de ces derniers. Ceci peut causer des fatigues chez l'aidant, mais aussi, des répercussions liées par des problèmes psychologiques.

Ces problèmes sont, en effet, dus à la douleur ressentie face aux non-facultés d'améliorer la situation régressive du patient. L'aidant aura du mal à accepter et à voir le patient perdre progressivement ses capacités et, même de reconnaître ses proches.

B-1.5 Les partenaires

B-1.5.1 Les liaisons psychiatriques.

Parmi les partenaires qui collaborent avec l'Ehpad, les liaisons psychiatriques sont en charge des troubles psychiatriques présents chez les patients et les personnels du résident. À cet effet, le psychiatre, en tant que partenaire, aura comme missions :

- La consultation, qui se fait suivant la demande de médecin coordonnateur ou traitant. Ainsi, le spécialiste viendra rencontrer le patient, fait un diagnostic et donne son avis thérapeutique. Par ailleurs, le psychiatre aura le rôle d'aide à faire face à la situation et d'aide à optimiser les pensées
- La liaison, en ce sens, doit permettre de tisser un lien entre le patient et le personnel soignant et qui est du rôle du psychiatre de liaison. À cet effet, le psychiatre va transmettre les critères psychologiques du patient en vue d'optimiser son accompagnement

B-1.5.2 Les Unités Cognitivo-comportementale

Dans un cadre partenarial avec les unités cognitivo-comportementale, il sera fait en fonction de critères d'orientation où, ce dernier aura la fonction de prendre en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, comme les établissements Ehpad. Ainsi, dans ce critère, un patient à domicile sera affecté par le médecin de la ville, ou autres, au niveau de cette structure qui jugera, après bilan et évaluation, ainsi, qu'avis du patient et de la famille, si ce dernier doit intégrer une résidence spécialisée, au sein d'un Ehpad. Aussi, les transferts d'informations entre les médecins traitants au niveau des deux structures devront être optimaux.

B-1.5.3 Unités de soins longue durée.

Étant en charge des individus en âge avancé et présentant des pathologies concernant la régression d'autonomie durable. A cet effet, les missions de l'USLD seront entre autres :

- De délivrer des soins thérapeutiques et relationnels, pour un entretien de vie favorable pour les patients
- D'optimiser la prévention de la dépendance en assurant le maintien des capacités restantes du patient
- De favoriser l'accompagnement des familles, des patients et des aidants
- De préparer le patient à une réinsertion sociale et à un retour à domicile

Dans ce cadre, en cas d'aggravation et suite à une évaluation, si la maladie d'Alzheimer se présente chez le patient, il pourra être transféré au niveau de l'unité ou le pôle spécialisé de l'Ehpad.

B-1.5.4 Structures de coordinations gériatriques

Dans le cadre partenarial avec les structures gériatriques, cette filière assurera une aide optimale à travers l'intervention d'une équipe mobile, en charge notamment :

- D'une accessibilité à un plateau technique qui prendra en charge le patient
- D'un appui pour l'accompagnement du patient à sa sortie d'hôpital et qui peut se traduire par un retour à domicile ou un transfert en résidence spécialisée
- De la mise à disposition des soins palliatifs
- De l'appui au psychiatre dans les activités de psychogériatrie au sein de la résidence

En ce qui concerne la relation et la collaboration avec ces quatre types de partenaires, aucune convention signée n'a encore été mise en place en vue de les optimiser. Toutefois, avec l'arrivée du nouveau médecin coordonnateur, en septembre 2014, cette démarche devrait être effectuée et mise en place. En effet, des échanges ont toujours été effectués, mais la signature d'une convention serait l'idéale afin de faciliter et de simplifier les échanges.

B-2 Analyse de l'offre : L'évolution du marché et le poids des pouvoirs publics.

B-2.1 L'analyse de la concurrence

B-2.1.1 La concurrence directe

Parmi les concurrents directs de la résidence Le Pré Vert, présents en Moselle et proposant les mêmes types de services, on peut compter 33 établissements en Metz Campagne et 30 à Metz Ville.

B-2.1.2 La concurrence indirecte

Pour les concurrents indirects, la présence des établissements commerciaux et privés sont de plus en plus accrus avec, 10 établissements Ehpad à Boulay, 11 à Châteaux Salins, 23 à Forbach, 10 à Sarrebourg, 15 à Sarreguemines, 21 à Thionville Est et 22 à Thionville Ouest. Pour ce qui est des établissements services fournis, chaque ville possède entre autres une Unité de soins de longue durée qui prennent en charge malades d'Alzheimer et autres maladies apparentées.

Dans ce cadre, le service de maintien à domicile ne constitue pas une concurrence directe au service délivré. En effet, ce dernier est un dispositif qui prend en charge, en amont, l'institutionnalisation.

B-2.2 Le positionnement par la politique de PRIX

B-2.2.1 Les autorités de tarifications

Suivant les trois sections tarifaires que sont l'hébergement, la dépendance et les soins, la tarification au sein de l'Ehpad est validée au sein du Conseil Général et de l'ARS. Toutefois, selon la législation en vigueur, des aides financières peuvent être prévues à l'endroit des résidents et ainsi, les dépenses peuvent être compensées par l'ALS ou l'allocation de logement sociale ou l'APL, aide personnalisée au logement, dans le cadre de l'hébergement et de l'APA ou de l'aide personnalisée à l'autonomie, dans le cadre de la dépendance. Par ailleurs, l'ensemble des chambres de la résidence est conventionnée à l'Aide personnalisée au logement et à l'aide sociale.

B-2.2.1 La convention tripartite

A cet égard, une convention tripartite est signée entre la résidence, l'ARS et le conseil général et définie pour une application sur une période de 5 ans. Pour le cas de la résidence le Pré Vert, elle en est ainsi, à sa troisième convention tripartite dont la deuxième a pris fin en 2013.

Dans ce cadre, la convention tripartite met en avant les diverses conditions concernant les modalités de fonctionnement et d'organisation de l'établissement. Elle définit également, les procédures et les objectifs d'évaluations de l'établissement en vue de permettre les « engagements d'amélioration et de développement de l'offre aux résidents, et négocie le financement des mesures qu'elle envisage de mettre en œuvre pour ce faire (recrutements, formation du personnel, aménagement des locaux, etc.) »¹⁸.

Par ailleurs, l'établissement est dans l'attente de cette nouvelle négociation qui permettra d'avoir une augmentation sur le nombre de personnel, qui est relativement faible en termes, d'effectif. En effet, les marges de manœuvres managériales se trouvent très limitées vu que la moyenne d'accompagnement n'est que de 0,482, causant des soucis majeurs en cas d'absentéisme. Ceci se rajoute au fait, qu'en Alsace Moselle, le régime de l'assurance maladie engage l'employeur à maintenir la base salariale durant les trois premiers jours d'absence pour maladie du salarié. Ce régime est en référence à la loi du 31 décembre 1991 et au décret du 31 mars 1995 qui permet aux salariés de jouir d'un service en sus concernant « les remboursements alloués au régime général (...) »¹⁹ et dont la défaction se fait en retenue à la source et non par une cotisation par l'employeur. Toutefois, étant sujet à un remboursement, ce régime engage l'employeur à ne disposer d'aucune journée de carence en cas d'absence maladie et ainsi, faute de moyen financier, le remplacement d'un cas d'absence ne peut se faire.

B-2.3 La légitimité face aux missions

¹⁸ Consulté sur www.maisons-de-retraite.fr le 26/10/2014

¹⁹ Consulté sur <http://www.jechange.fr/assurance/mutuelle-sante/guides/regime-alsace-moselle-2717> le 26/10/2014

B-2.3.1 Les partenaires institutionnelles

Suivant la convention tripartite, dans la mise en place d'un établissement Ehpad, au niveau du département de la Moselle, le Conseil Général est un partenaire essentiel comme, l'ARS ou l'Agence Régionale de Santé, au niveau de la Région de la Lorraine. En effet, ces deux structures, collaborent dans la validation des modalités de financement par la partie public face à une offre de service qui se doit d'être, de qualité, au niveau de l'établissement.

B-2.3.2 L'image de la résidence

Les prescripteurs ont un très bon retour par les familles et par les résidents eux-mêmes. De ce fait, beaucoup des demandes parviennent directement des médecins traitants. Les personnes qui auraient intégrées la résidence pour un hébergement temporaire après une hospitalisation ou le temps d'absence d'un aidant arrivent rassurées au vu de la satisfaction lors de leur précédent séjour.

La conception du bâtiment, malgré l'ancienneté de celui-ci, est très bien perçue.

B-2.4 La loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

B-2.4.1 Les outils

Cette loi met en avant l'utilisation principale de 7 outils devant valoriser l'exercice des droits des résidents, à savoir :

- Suivant la circulaire du 24 mars 2004, un livret d'accueil
- Suivant l'arrêté du 08 septembre 2003, une « charte des droits et liberté de la personne accueillie »
- Suivant un décret en cours de préparation, un contrat de résidence ou un fichier personnel de prise en charge
- Suivant le décret du 14 novembre 2003, un personnel aidant qualifié
- Suivant le décret du 14 novembre 2003, un règlement sur l'organisation de l'EHPAD ou du service
- Suivant le décret du 25 mars 2004, un conseil de vie sociale ou tout autre type de participation des usagers
- Suivant un guide méthodologique en cours, un projet de service ou d'établissement

A cet effet, la révision du livret d'accueil, du règlement sur l'organisation de l'établissement Le Pré Vert ainsi que le projet de service ou d'établissement, permettra d'intégrer pleinement le projet PASA.

B-2.4.2 Le résident au cœur du dispositif

La loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, met également en exergue, des droits fondamentaux pour les résidents et suivant l'article L 311-3 du CASF, à savoir :

- Le respect de la dignité, de l'intégrité mais aussi, de la sécurité ainsi que de la vie privé et de l'intimité du résident
- La liberté de choix concernant la prise en charge à domicile ou au sein d'un établissement
- La prise en charge individualisé relevant d'une qualité optimale et dans le respect d'un consentement éclairé
- L'assurance concernant la confidentialité des informations concernant le patient

- L'accès aux données
- Le droit à être informé sur les « droits fondamentaux et les voies de recours »
- La participation directe au programme d'accueil et d'appui

B-2.5 La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » - Les régulateurs

B-2.5.1 Plan ALZHEIMER 2008-2012

Le plan Alzheimer 2008-2012 prévoit une action sur trois axes précis :

- Dans le domaine de la santé : une amélioration de la qualité de vie des patients ainsi que leur famille
- Dans le domaine de la recherche : l'engagement dans une recherche afin de mieux connaître la maladie
- La solidarité, afin d'avoir une mobilisation face à un enjeu de société

De ce fait, le plan Alzheimer 2008-2012, dans sa mesure 16, engage les acteurs à créer ou à adapter la structure d'un Ehpad, de structure adapté pour les personnes âgées présentant des troubles du comportement. Suivant les termes de cette mesure, l'unité dédiée à créer devra proposer des activités d'animation et des activités sociales ainsi que d'une structure architecturale adéquates pour les résidents. Ceci engage, de ce fait, la professionnalisation et le renforcement des compétences du personnel aidant.

Outre ces dispositions prises pour l'optimisation de la création d'un PASA ou d'une UHR, les travaux seront entrepris suivant « un cahier des charges entrepris par le ministère en charge des affaires sociales, l'ANESM, la HAS et la caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie, en lien avec les fondations, comme la fondation Médéric Alzheimer, et les professionnels qui ont travaillé sur ces questions architecturales. »²⁰ Ainsi, en respectant ce cahier des charges, il convient de mentionner l'appui de la CSNA et une collaboration du pouvoir public.

B-2.5.2 Plan ALZHEIMER 2012-2016

Dans le cadre du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ou PRIAC et à la suite du bilan effectué sur le plan Alzheimer 2008-2012, les axes d'action dans ce programme concerne surtout le « développement des plateformes de répit et d'accompagnement », à savoir :

- Les ESA ou les équipes spécialisées Alzheimer
- Les PASA ou pôles d'activité et de soins adaptés
- Les UHR ou unité d'hébergement renforcées
- Les MAIA ou maisons de l'autonomie et l'intégration des malades de l'Alzheimer
- La formation des équipes d'aidant

Toutefois, malgré cette prévision, seul le plan Alzheimer 2008-2012 a été mis en application.

²⁰ Consulté sur <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/mesure-no16.html> le 26/10/2014

***B-2.6. Les dispositifs de prise en charges des résidents atteints de la maladie
maladies apparentées.***

d'Alzheimer ou

B-2.6.1 Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

Un premier dispositif devant être optimisé au sein d'un EHPAD est le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, qui est un dispositif demandé par les lois régulatrices issues du plan Alzheimer.

Étant un service intégré au sein d'un EHPAD, le PASA permet l'accueil des résidents présentant des troubles comportementaux modérés, de ce dernier, afin de leur proposer des soins thérapeutiques médicamenteux et non médicamenteux et en vue de leur permettre un maintien de la capacité fonctionnelle, cognitive, sensorielle ainsi que les liens sociaux. Ainsi, dans l'organisation, le PASA permettra d'accueillir des résidents de l'EHPAD ou des patients externes à raison d'une à cinq fois par semaine afin d'accompagner ces derniers à travers des programmes de soins individualisés et sous la coordination d'un médecin coordonnateur.

B-2.6.2 Les Unités d'Hébergements renforcées

Un autre dispositif devant être optimisé au sein d'un EHPAD est l'UHR ou unités d'hébergements renforcées.

L'UHR est « un lieu de vie et de soins spécialisé d'une capacité de 12 à 14 résidents au sein d'un EHPAD ou d'une USLD. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères. »²¹

À cet effet, l'UHR doit avoir les caractéristiques suivantes :

²¹ Consulté le 16 septembre 2014 sur <https://services.indre.fr/senior36/unites-dhebergement-renforce-uhr>

- Un service permettant l'accueil des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et qui présentent des troubles comportementaux sévères
- La présence d'une équipe de soignants qualifiés et ayant des bases de formations optimales qui affirment une volonté réelle à accompagner les malades
- La conception d'un projet individuel qui s'adapte à chacun des patients
- La participation des familles
- La mise en place d'un environnement architectural optimal

Par ailleurs, la création de l'UHR doit être validée par l'ARS. Cette dernière est également en charge de l'appui concernant le fonctionnement de l'unité.

Pour le cas de la région de la Lorraine, 2 UHR restent à déployer dont l'une est prévue pour Meurthe et la Moselle au niveau d'un CHR et l'un dans les Vosges au niveau d'un Ehpad. A cet effet, le conseil général ne se trouve pas très favorable pour l'ouverture d'UHR médico-social, préférant privilégier une UHR sanitaire.

B-2.6.3 Les Unités de Vies Protégée

Souvent rattachées aux EHPAD, les unités de vies protégées sont des structures qui permettent l'accueil des personnes âgées dont l'autonomie est réduite ou même dans un état de perte avancée.

Ces unités ont comme principales missions :

- L'amélioration de la qualité de vie des patients à travers la réduction des facteurs anxigènes
- La préservation de la capacité résiduelle à travers une adaptation des activités et des actions à faire
- L'optimisation d'actions sur les troubles comportementaux à travers des soins non médicamenteux
- L'optimisation des liens entre le patient et sa famille

- La préparation du patient pour une intégration au sein d'un USLD ou unité de soins de longue durée

Dans ce cadre, on peut mettre en avant le cas de la résidence La Tour de Heu, qui est une annexe de la résidence Le Pré Vert, qui s'est doté d'un UVP lors de son extension. L'avantage de cette extension est la possibilité d'une procédure de transfert en interne entre les deux structures, de la résidence Le Pré Vert vers La Tour de Heu. Ainsi, durant le début d'exercice 2014, deux résidents ont pu intégrer l'UVS avec un résultat d'amélioration très rapide et très net, constaté par le médecin coordonnateur et l'ensemble du personnel, sur les facteurs anxiogènes.

Conclusion B

Les besoins ressentis au niveau de l'environnement externe de l'Ehpad, l'engagent à prendre en compte plusieurs facteurs majeurs dans son entreprise. En effet, pour pouvoir répondre efficacement aux besoins de la population de la Moselle, la résidence Le Pré Vert est obligée de prendre en compte l'évolution de la démographie de ce département afin de s'adapter conformément à son profil démographique cible.

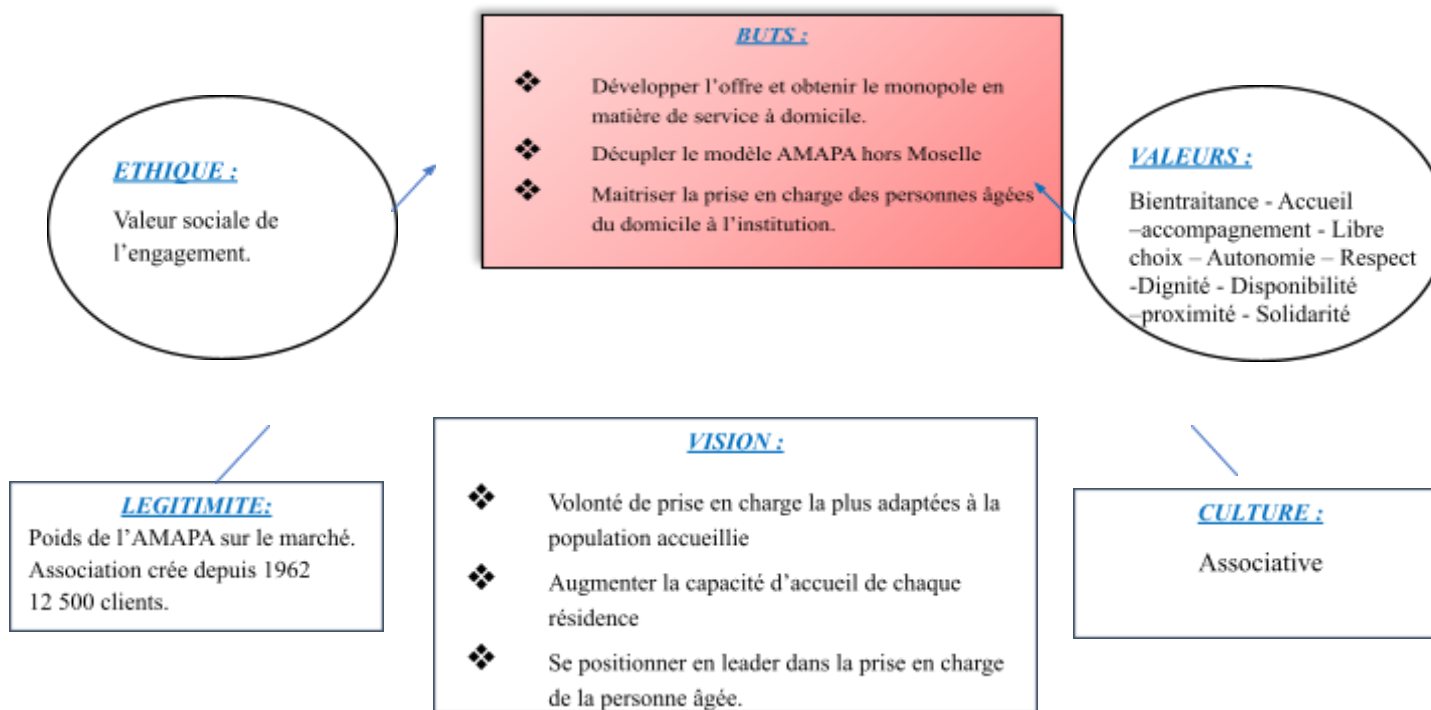
Par ailleurs, il lui est aussi essentiel de considérer le contexte de la maladie d'Alzheimer, tant dans son évolution et donc, des modalités de prise en charge, que dans les impacts de cette maladie et des maladies apparentées dans le quotidien de l'entourage du malade et du résident. Ces points devront l'amener également, à se cadrer et à positionner une offre adaptée devant une concurrence de plus en plus sévère sur un marché plein de potentialité. À cet égard, il est important que l'organisation générale de la résidence soit à la hauteur des attentes, législatives et démographiques. Mais aussi, pour optimiser la fourniture de service, ces actions doivent s'organiser, en considérant les textes en vigueur actuellement, concernant la politique de gestion de la maladie d'Alzheimer sur le territoire français.

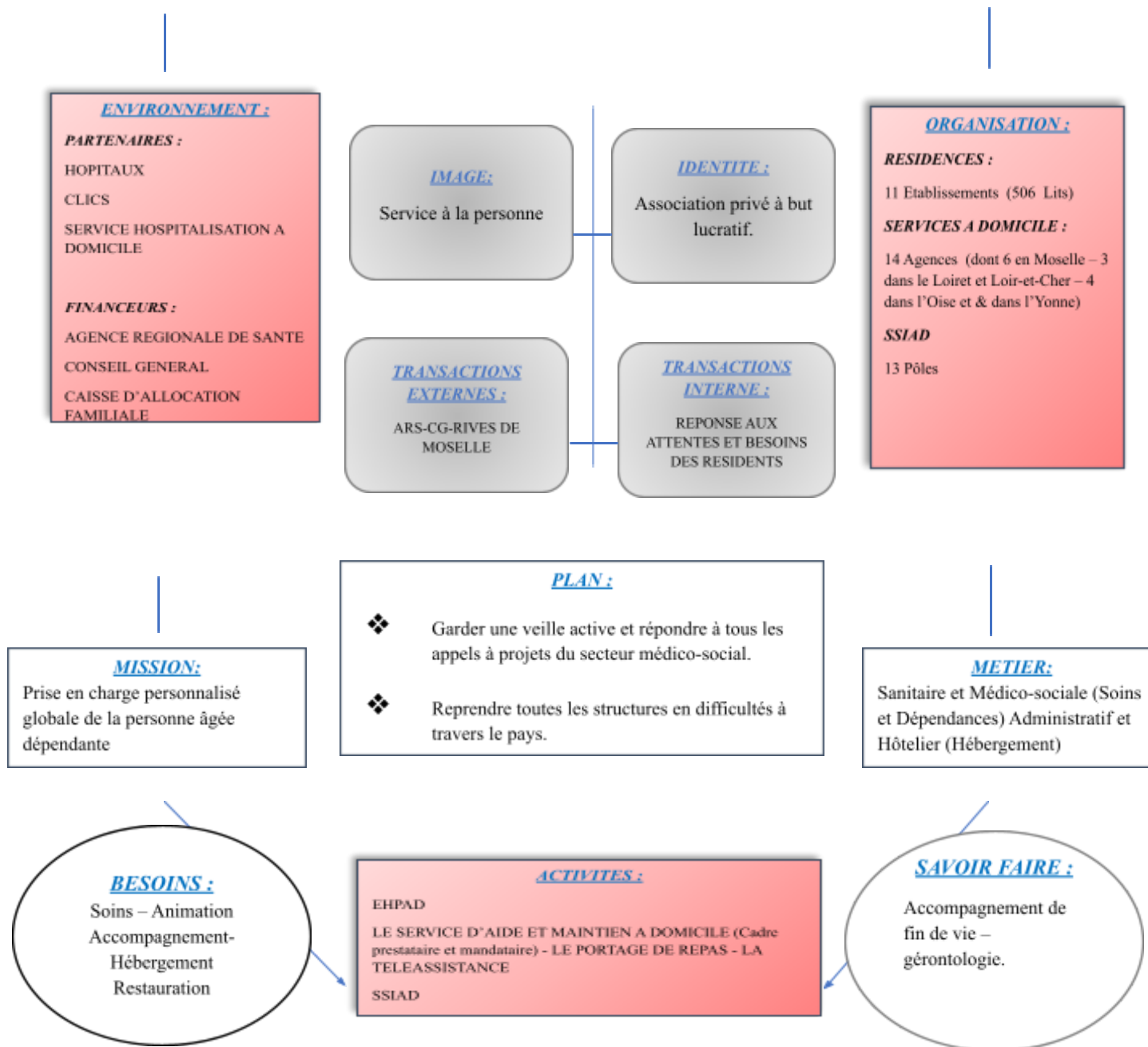
Enfin, afin d'améliorer son offre de service, il est primordial de savoir coordonner les actions et les activités avec des partenaires œuvrant dans le même secteur d'activité et ainsi, de favoriser la prise en charge des patients dans tout le territoire et le département de la Moselle.

Conclusion 1^{ère} partie

« COMMENT REpondre AU MIEUX AUX BESOINS DES PERSONNES AGEES ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU MALADIE APPARENTEE »

LE DIAMANT DE MARCHESNAY de L'AMAPA





SWOT

Etude d'une organisation face à son environnement.



S.W.O.T APPROCHE EXTERNE		<u>FORCES</u> ☐ Foncier disponible ☐ Disposition des propriétaires du bâtiment à investir ☐ Forte demande de prise en charge de personnes démentes. ☐ Forte demande d'institutionnalisation (liste d'attente conséquente). ☐ Capacité d'accueil insuffisante ☐ Leader sur le marché de la personne âgée (domicile et institution) ☐ Excellente position tarifaire	<u>FAIBLESSES</u> ☐ Manque de moyens humains ☐ Taux d'absentéisme au-dessus de la moyenne nationale. ☐ Difficultés de prise en charge des personnes démentes.
		Comment maximiser les forces ?	Comment minimiser les faiblesses ?

<u>OPPORTUNITES</u>		Comment utiliser les forces pour tirer parti des opportunités ?	Comment corriger les faiblesses ?
☐ Financement de PASA inscrit au PRIAC ☐ Pas besoin d'autorisation pour une extension à moins de 15 lits.		☐ CREER DESLITS SUPPLEMENTAIRE DANS LA LIMITE DE 15 LITS ☐ CREE UN POLE D'ACTIVITE ET DE SOINS ADAPTES EN REPONSE A LA DEMANDE ET AUX VOLONTE POLITIQUE ☐ MAITRISER LES COUTS POUR GARDER UNE PLACE FORTE SUR LE MARCHE	☐ RECRUTER UNE PSYCHOLOGUE AU PROFIT DES RESIDENTS MAIS AUSSI DU PERSONNEL PAR LE PASA ☐ FORMER LE PERSONNEL EN PLACE

	C o m m e n t m a x i m i s e r l e s o p p o r t u n i		
--	--	--	--

	t é s ?		
--	----------------------	--	--

<u>MENACES</u>		Comment utiliser les forces pour réduire les menaces ?	Comment minimiser les faiblesses et les menaces ?
☐ Volonté politique de promouvoir le maintien à domicile ☐ Contraintes budgétaires (baisse des allocations à la place en PASA)		☐ GARDER UNE POSITION DE LEADER SUR LE MARCHE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE DEPENDANTE ☐ MAITRISER LES COUTS DE CREATION DU PASA LORS DE L'EXTENSION DU BATIMENT	☐ CREER DES ACTIVITES ADAPTEES AUX BESOINS DES RESIDENTS ☐ REORGANISER LES PLANNINGS EN INTERNE

	C o m m e n t m i n i m i s e r l e s m e n a c e s ?		
--	---	--	--



Tableau N°1 – Etude d'une organisation face à son environnement - Source : Auteur

DEUXIEME PARTIE:

“REPONSE” AUX BESOINS SPECIFIQUES D’AMELIORATION DE L’EXISTANT.

CREATION D’UN PÔLE D’ACTIVITE ET DE SOIN ADAPTE REpondant AUX BESOINS DE LA POPULATION VIEILLISSANTE DE LA MOSELLE.

INTRODUCTION 2^{ème} partie

Des études récentes ont montré que la France accuse une forte progression de la croissance de sa population de personnes âgées. Ceci se reflète avec les données de l’INSEE qui affichent, qu’en 2010, 23,3 % de cette dernière à plus de 60 ans, dont 9 %²², supérieure à 75 ans. Vu à travers ces données, il y eu une augmentation de 45 % de ce segment de population en à peine 20 ans. La prévision de l’INSEE fait part d’une progression régulière jusqu’en 2035.

À cet effet, force est de constater que maladie d’Alzheimer progresse avec ce contexte démographique, accusant un nombre de 800 000 personnes atteintes. Par ailleurs, après des séances de dépistages, les statistiques faisaient part que 1,5 % de la population française était concernée par les cas de démence avec pas moins de 165 000²³ nouveaux cas annuels. Au niveau régional, ce chiffre avance 19 000 cas en moyenne chaque année.

²² Source : INSEE, données 2010 sur le bilan démographique

²³ Etude PAQUID : « étude pathologique du vieillissement normal et pathologique. Etude française sur la prévalence et l’incidence de la démence, en particulier de la maladie d’Alzheimer, d’identifier les facteurs de risques de la détérioration cognitive, de décrire les modalités d’évolution vers la dépendance et d’identifier les trajectoires évolutives associées avec diverses conditions médicales et psychosociales chez les personnes de plus de 65 ans », selon l’INSERM

Vu dans ce contexte et face à l'évolution démographique, il n'en est pas moins pour la population mosellane. Son évolution démographique augmente les risques de cas pathologique chez les personnes âgées. A cet effet, il est nécessaire que la politique régionale s'adapte à celle, nationale, afin de prendre en charge efficacement ces individus atteints de la maladie. Aussi, avec le plan Alzheimer lancé par le gouvernement en février 2008, la stratégie voyait une organisation autour de trois axes principaux, « connaître pour agir », « améliorer la qualité de vie des malades et des aidants », « se mobiliser pour un enjeu de société ». À ce sens et suivant le deuxième axe « améliorer la qualité de vie des malades et des aidants », la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit notamment de généraliser la réalisation de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés dans les EHPAD et d'Unités d'Hébergement Renforcées selon le niveau de troubles du comportement des personnes concernées.

La création d'un PASA représente une opportunité de financement permettant une meilleure prise en charge des malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Ainsi, il est nécessaire au sein de la résidence « Le pré vert » de disposer de ces structures afin de mieux accueillir les malades.

C'est dans ce cadre que sera traitée cette deuxième partie de mon travail, en première sous partie sera détaillée la mise en œuvre d'un tel projet de la réglementation à son déploiement au sein de la structure. En deuxième sous partie, les besoins en termes de renforcement organisationnel et managérial au sein de la résidence que ce soit les besoins de renforcement dans la structure de prise en charge interne, intégrant la création d'un PASA ou le renforcement des compétences chez les ressources humaines mais également dans l'organisation générale du PASA. On relatera également les besoins en financement pour optimiser l'implantation de ce dernier au sein de l'établissement.

PARTIE A :

« Le projet », de la réglementation à la mise en œuvre.

Introduction A.

Les pays occidentaux sont surtout victimes d'une augmentation constante de la population âgée. Ce qui entraîne les risques de pathologie neurodégénérative. Toutefois, ce constat devra également considérer qu'il y a un besoin réel d'accompagnement par des professionnels, dans ce cadre afin de prévoir ce cas de vieillissement et les risques qu'il peut engendrer.

À cet effet, cette partie de mon travail fera part de l'intégration des patients présentant des cas pathologiques de démences, à travers la création d'un PASA au sein de la résidence Le Pré Vert. Ceci, afin de faire la promotion du bien-être, mais également pour permettre aux individus atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, de jouir des accompagnements et des soins adaptés, dans un cadre optimal avec l'appui technique et médical adapté.

Ce besoin devra être effectif à travers la mise en place du projet de création du PASA car, en effet, la prise en charge de ces malades nécessite un accompagnement spécifique qui s'avère être difficile pour la seule structure existante dans un EHPAD. Par ailleurs, ces cas spécifiques, tels que les troubles comportementaux et psychiques peuvent entraîner un besoin d'accompagnement optimal, engageant la structure à réviser les objectifs fixés lors de l'élaboration du projet individuel et à l'engagement de personnel spécialisé.

Aussi, il nous sera utile de voir, comment optimiser les ressources existantes afin de mettre en place le projet et d'organiser efficacement la structure interne pour mieux répondre aux attentes des patients et de leurs proches.

A-1 Création du pôle d'activités et de soins adaptés

A-1.1 La réglementation et les recommandations

A-1.1.1 L'appel à projet

L'installation d'un PASA, dans un établissement doit répondre à un besoin réel du territoire. La loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a renouvelé ce dispositif d'autorisation en introduisant une procédure d'appel à projets.

Il n'y a pas d'appel à projets national : les établissements candidatent directement auprès de l'ARS²⁴ dès lors qu'ils estiment remplir les conditions fixées par le cahier des charges.

Dans la continuité du Plan Alzheimer 2008-2012, la feuille de route de l'ARS de Lorraine pour l'année 2013 préconise la poursuite du déploiement des mesures médico-sociales du Plan Alzheimer.

Une accélération est demandée par le Ministère sur les Pôles d'Activités de Soins Adaptés (PASA) et les Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) afin de répondre aux objectifs quantifiés du Plan.

En effet, leurs installations connaissent un sérieux retard en région lorraine :

- 52 PASA dont 37 restent à déployer, (on en compte 13 pour le département de la Moselle)
- 4 UHR médico-sociales dont 3 sont à installer,

Ce gap et le besoin qui en découle se relate avec le projet de révision du PRIAC Lorraine 2014, suivant le tableau ci-après :

Tableau synthétisant les besoins en PASA

²⁴ L'Agence régionale de santé

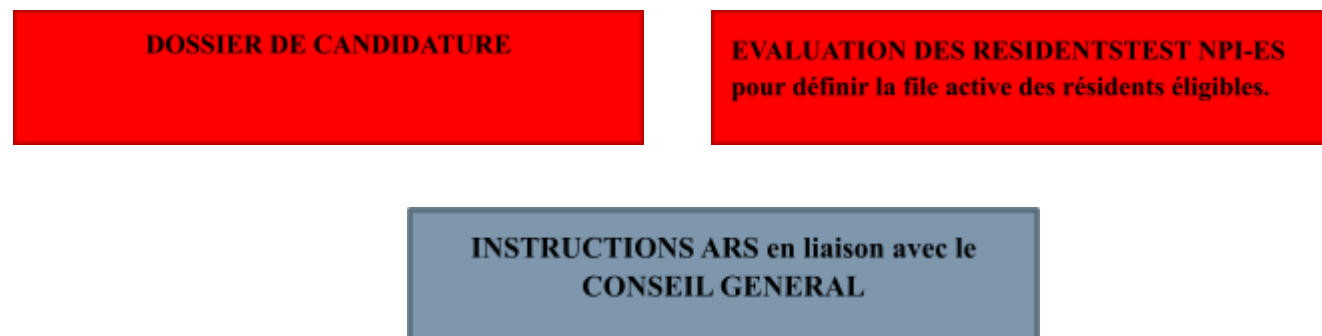
Territoire de santé	Nature de l'opération	Nombre de structure à créer	Coût de l'opération		Échéance
			Redéploiement /Fongibilité	Mesures nouvelles	
Meurthe et Moselle	Labellisation PASA	9		574 200	2014/2016
Moselle	Création MAIA	2		560 000	2014/2016
	Labellisation PASA	13		829 400	2014/2016
Meuse	Création de MAIA	1		280 000	2014/2016
	Labellisation PASA	4		255 200	2014/2016
Vosges	Labellisation PASA	11	211 084	490 716	2014/2016
Lorraine	Création UHR	3+ 1 par par fongibilité	253 629	760 887	2014/2016
			464 713	3 750 403	
			Total		4215116

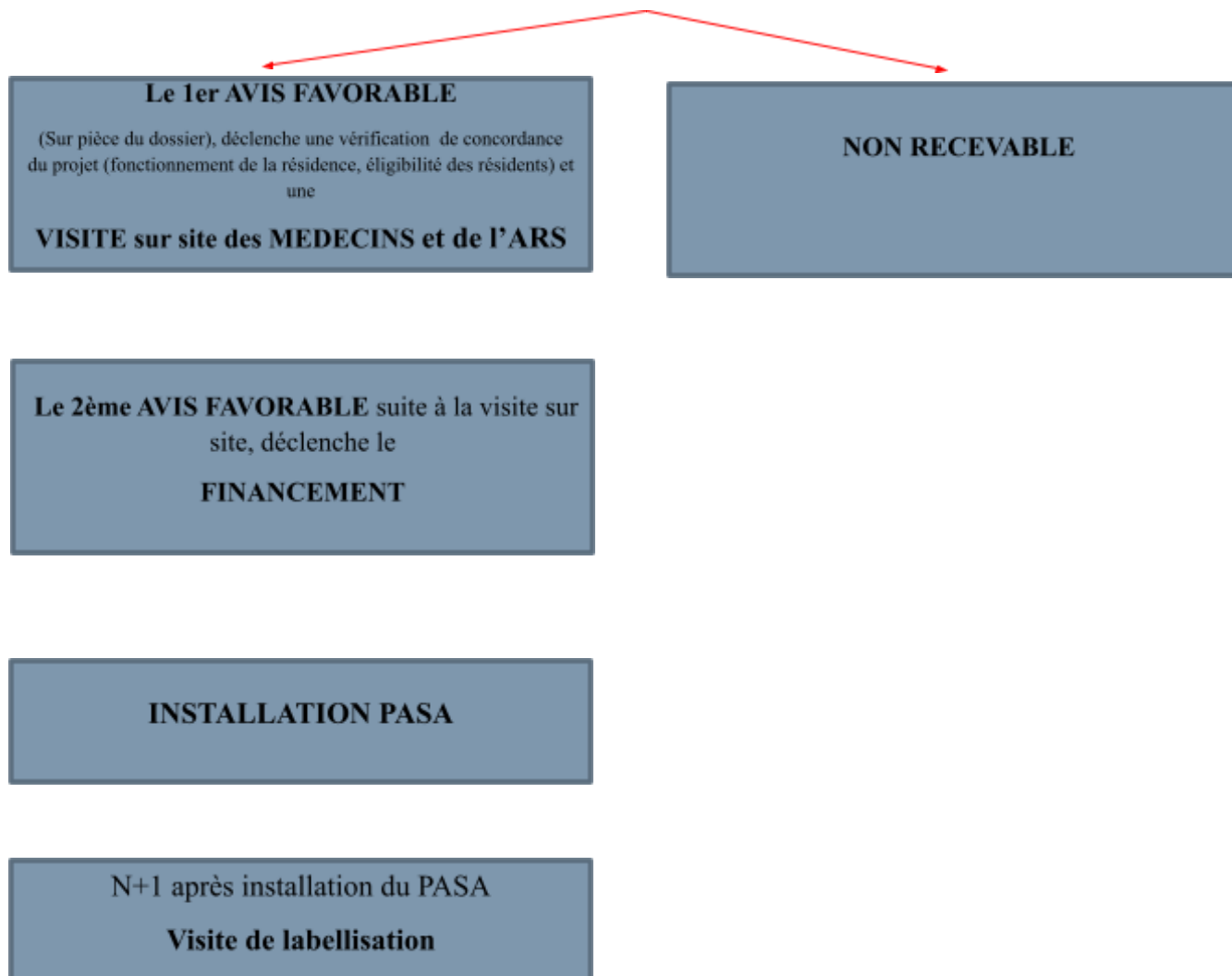
■ sous réserve de l'obtention de la fongibilité

Source : Agence régionale Santé Lorraine

A-1.1.2 Méthodologie de mise en œuvre

La demande de création d'un PASA est formalisée par le dépôt d'un dossier de candidature auprès de l'ARS Lorraine, simultanément à la constitution de la candidature, l'établissement évalue les résidents présentant des troubles du comportement au moyen de l'échelle NPI-ES. Elle doit être validée par le médecin coordonnateur.





ARRETE D'AUTORISATION modificatif
portant la création du PASA

A-1.1.3 La circulaire DGAS du 6 Juillet 2009

La présente circulaire a pour objet de présenter les mesures relatives au volet médico-social du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012²⁵ et d'en préciser la déclinaison opérationnelle. Le cahier des charges²⁶ relatif aux PASA²⁷ définit l'existence même de celui-ci. Il définit le dispositif et précise la population ciblée, les critères d'accueil, ses modalités de fonctionnement, le type d'accompagnement et ses modalités, la qualification du personnel (les formations souhaitées), l'obligation de coordination avec le secteur sanitaire.

Il définit également l'environnement architectural souhaité, et contraint à certaines obligations, comme la nécessité d'une entrée assurant la sécurité des résidents, des espaces de vie sociale disposant d'un espace repas, d'espaces d'activités pour la réalisation des activités thérapeutiques et l'obligation d'une ouverture sur l'extérieur. Mais le tout sans obligation de surface minimum.

A-1.1.4 Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles

²⁵ Mesure n°16 du plan Alzheimer

²⁶ Annexe n°8-1 de la circulaire DGAS du 6 Juillet 2009

²⁷ Pôle d'activités et de soins adaptés

- *Recommandations concernant les interventions non médicamenteuses*

Le tableau ci-après relate la liste, non exhaustive, des activités à mettre en œuvre dans suivant les troubles remarqués chez les patients et suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé en 2008.

Interventions non médicamenteuses Adapté des « Recommandations professionnelles, diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées », HAS, mars 2008	
<i>Interventions portant sur la cognition</i>	Stimulation cognitive Rééducation cognitive Revalidation cognitive Ateliers mémoire
<i>Interventions portant sur l'autonomie fonctionnelle</i>	Stimulation par l'activité physique Assistance pragmatique graduée et renforcement positif Atelier d'ergothérapie Cuisine
<i>Interventions portant sur les comportements</i>	Musique et/ou danse Exercice physique Thérapie par empathie Aromathérapie Stimulation multi sensorielle Thérapie de présence simulée (utilisation de vidéo familiale par exemple) Massage Thérapie avec les animaux familiers Remédiation cognitive Thérapie par réminiscence Luminothérapie Animations flash
<i>Interventions portant sur la qualité de vie</i>	Absence de sur-stimulation sensorielle Rééducation de l'orientation (<i>reality orientation therapy</i>) Stimulation multi sensorielle Activités de détente Activités individualisées adaptées
<i>Prise en charge orthophonique</i>	Maintien et adaptation des fonctions de communication du patient (langage, parole, etc.) et aide pour que la famille et l'entourage puissent adapter leur comportement aux difficultés de la personne.

- *Recommandation sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer*

Selon le plan Alzheimer 2008-2012, l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer doit permettre « une vie de qualité pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées, en termes de bien-être et d'état de santé, jusqu'en fin de vie. »²⁸

Ainsi, cet accompagnement aura pour but :

- La préservation et le maintien ou la restauration de l'autonomie du patient que ce soit dans ces choix ou dans ces actes de vie au quotidien
- La mise en place de mesures de prévention et thérapeutiques des troubles de la psychologie et du comportement
- L'assurance d'un accès de soins et de traitement de qualité pour chaque patient
- Le soutien aux proches en réponse à leurs attentes et leurs besoins et afin de les aider au maintien d'un lien optimal avec le patient tout en leur permettant de participer activement dans le projet personnalisé

- *Recommandation sur la prise en charge des troubles du comportement*

Dans ce cadre, la HAS recommande la réalisation d'une évaluation qui soit à la fois structurée et organisée avec la tenue des conduites ci-après :

- Appréciation du niveau d'urgence, du degré de dangerosité ou du risque fonctionnel pour la personne et son entourage
- Interrogation et examen sur le patient et au niveau de l'entourage concernant l'historique des troubles, les symptômes et les divers cas survenus

²⁸ Consulté le 11/09/2014 sur <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

- Recherche d'une cause somatique ou psychiatrique qui fera l'objet d'un traitement prioritaire
- Recherche des déterminants iatrogènes à corriger
- Approfondissement de l'évaluation clinique des troubles
- Mise à jour de l'enquête étiologique

Recommandation sur le diagnostic et la prise en charge DEC

Selon la HAS, la recommandation repose sur deux diagnostics à faire :

- Le dépistage en population générale qui n'est pas recommandé, faute de moyen
- Le diagnostic précoce

En cas de présence de trouble cognitif chez un patient, les conduites à tenir se feront suivant les étapes ci-après :

- L'entretien
- L'examen clinique
- L'évaluation fonctionnelle
- L'évaluation cognitive globale
- Les hypothèses diagnostiques

- Les examens paracliniques
- La conduite à tenir après l'évaluation initiale

Recommandation concernant la confusion aigue chez la personne âgée prise en charge initiale

Pour la pratique clinique, il s'agira de « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »²⁹.

Cette recommandation demande la considération de la fiche ci-après :

²⁹ HAS, recommandations de bonnes pratiques, confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation

TITRE	Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique Date de mise en ligne : juillet 2009
Objectif(s)	Les recommandations visent à répondre aux questions suivantes : ▪ Comment identifier une confusion aiguë ? Quels sont les symptômes de confusion aiguë à rechercher ? Quelles sont les indications de l'hospitalisation ? ▪ Quelles sont les causes cliniques vitales ou évidentes à rechercher avant une sédation ? ▪ Quelles sont les situations au cours de confusion aiguë chez les personnes âgées pour lesquelles une sédation médicamenteuse de courte durée est justifiée en complément des autres modalités de prise en charge ? ▪ Quelles sont les modalités d'une sédation médicamenteuse de courte durée ? ▪ Quelles modalités de surveillance mettre en œuvre une fois l'agitation contrôlée ?
Professionnel(s) concerné(s)	En premier lieu destinées aux urgentistes, gériatres, médecins coordonnateurs d'EHPAD, médecins généralistes, neurologues, psychiatres et aux internistes. Également tous les professionnels de santé et du secteur social qui sont amenés à intervenir sur le lieu de vie de la personne âgée, y compris à son domicile.
Demandeur	Mesure 15 du Plan Alzheimer 2008-2012 Programme pilote « Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées » (Psycho SA).
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Christine Revel, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Mlle Jessica Layouni Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mlle Yasmine Lombry, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (présidente : Pr Muriel Rainfray, gériatre, Pessac), groupe de lecture : cf. liste des participants. Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	De janvier 1998 à mars 2009
Auteurs de l'argumentaire	Dr Éric Batard, médecin interniste, Nantes – chargé de projet Dr Christine Revel-Delhom, chef de projet, HAS
Validation	Avis du comité de la HAS chargé de la validation des recommandations Validation par le Collège de la HAS en mai 2009
Autres formats	Synthèse des recommandations et argumentaire scientifique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

Recommandation concernant l'annonce d'accompagnement diagnostic

Recommandation émanant de la Haute autorité de la santé, l'annonce d'accompagnement diagnostic demande au médecin des pré-requis demandant de :

- Assurer le recueil des éléments contextuels en rapport avec le malade (situation socioprofessionnelle et familiale, l'historique psychiatrique et familiale de la maladie d'Alzheimer
- Assurer la prise en compte de la personnalité du patient, ses soucis et ses avis sur la maladie. Il faut également prendre en compte les avis des aidants concernant ses vécus par rapport à l'accompagnement du malade
- Faire une évaluation sur la volonté du patient à savoir les résultats du diagnostic et ses perceptions de la maladie
- Faire en sorte que le diagnostic soit représenté dans un bilan qui suit les conditions de la HAS et suivant les points relatés dans les « recommandations actualisées 2011 » de cette institution
- Assurer l'information du patient de la réalisation d'une consultation de ce dernier, durant la conception du bilan et l'annonce du diagnostic
- Assurer un report de l'annonce du diagnostic si des éléments manquent

Par ailleurs, cette même institution recommande que la procédure d'annonce de ce diagnostic se fasse explicitement. En ce sens, durant l'annonce du diagnostic, la posture du médecin devra être :

- Focaliser dans l'écoute du malade et de le laisser s'exprimer et de réagir
- En capacité d'évaluer la compréhension du patient et de répondre conformément à ses questions

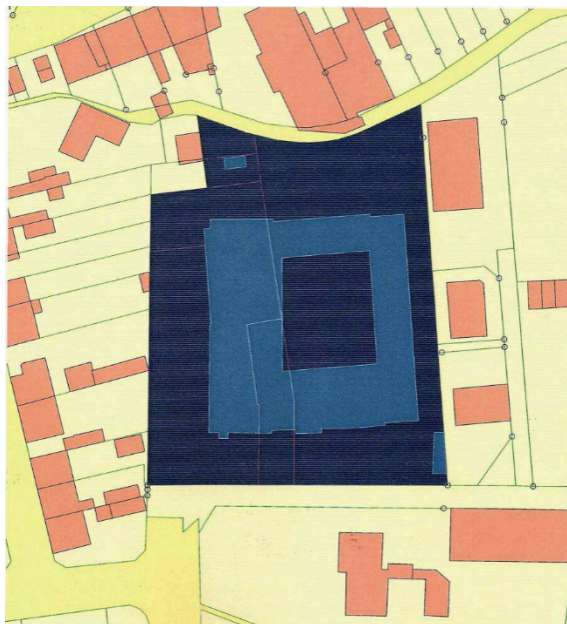
Selon l'article L312-1, alinéa 6 du CSAF, la recommandation est destinée aux « établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion. »

A cet effet des thématiques sont soulevés dans cette recommandation suivant les éléments de cadrage de l'ANESM dans le « projet de recommandation de bonnes pratiques professionnelles sur la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, Repérage, Accompagnement », à savoir :

- « La prévention de la souffrance psychique de la personne âgée et repérage des facteurs de risque de souffrance psychique »
- « les actions à mettre en place face à la souffrance psychique repérée de la personne âgée et/ou de son aidant âgé »

A-1.2 Orientations stratégique

A-1.2.1 Le foncier disponible



Terrain d'assiette du bâtiment.

La surface totale du foncier est de 5.654 m². La partie Ouest du terrain est entièrement aménagée en aire de stationnement, de même que la façade sur la rue des Prés (partie Sud). A l'Est du bâtiment, aucune extension n'est possible. Seule la partie Nord du terrain représente une réserve foncière pour une extension du bâtiment existant. Une extension est néanmoins envisageable en utilisant les deux terrasses existantes du 1^{er} étage.

Une étude de sols sera réalisée pour préciser les conditions de construction du bâtiment.

L'EHPAD Le Pré Vert est situé en zone UB du POS de la Ville de Maizières-lès-Metz.

La principale contrainte d'urbanisme est :

Article UB9 : emprise au sol des constructions

2. Dans l'ensemble de la zone à l'exception des secteurs UBc1 - UBc2 - UBe - UBf : L'emprise au sol totale des constructions édifiées sur un même terrain ne peut excéder 50 % de la surface du terrain.

Ce point est important car il conditionne l'emprise au sol d'une extension possible du bâtiment existant.

Emprise du foncier : 5.650 m²

Emprise totale possible : environ 2.825 m²

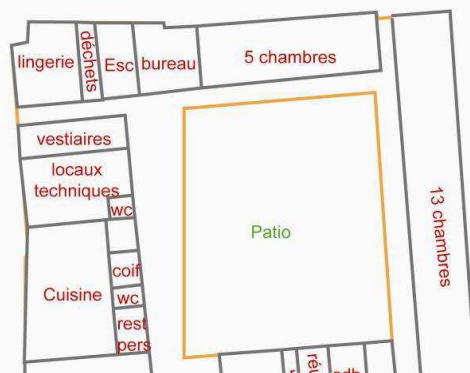
Emprise actuelle du bâtiment : environ 2.500 m² – 500 m² de patio, soit environ 2.000 m²

Il reste donc un potentiel de l'ordre de 825 m². Cela nécessite l'accord de la Commune de considérer le patio comme un espace non bâti. Dans le cas contraire, le potentiel constructible serait réduit à 325 m² d'emprise au sol.

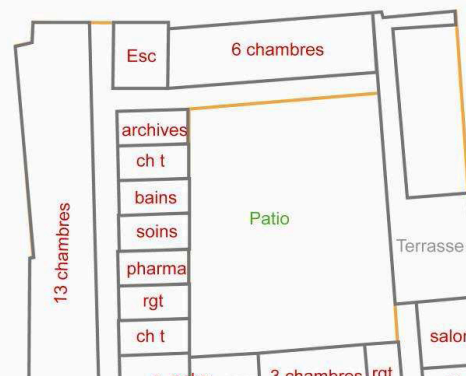
Cependant, les variantes étudiées dans la présente étude ne dépassent pas cette emprise au sol de 325 m².

Composition détaillée des locaux existants :

Rez-de-chaussée:



1^{er} étage :



A-1.2.2 Les variantes envisageables

Les atouts de l'établissement :

- Un hébergement de qualité (chambres aux normes de confort propres aux EHPAD)
- Un quartier calme, un environnement de qualité, le patio y contribue
- Un bâtiment de qualité, une maintenance régulière et soignée
- Des circulations claires au rez-de-chaussée autour du patio
- Des espaces de vie de qualité



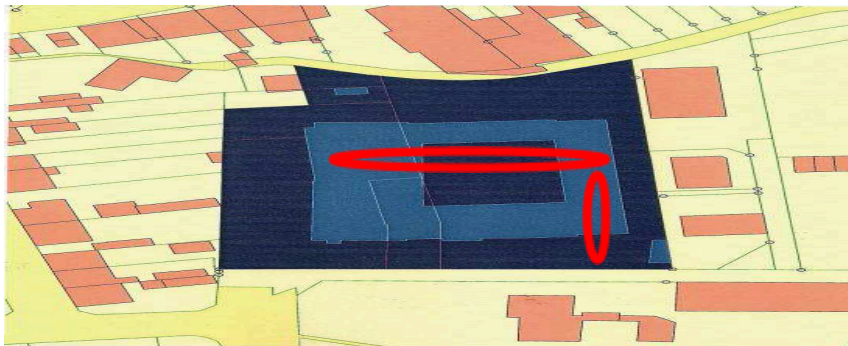
Les potentiels à exploiter

Une terrasse constructible présentant une surface de l'ordre de 240 m²



Un jardin non exploité mais un potentiel foncier relativement limité.





Variante 1 : Création d'un PASA et extension capacitaire de 20 lits

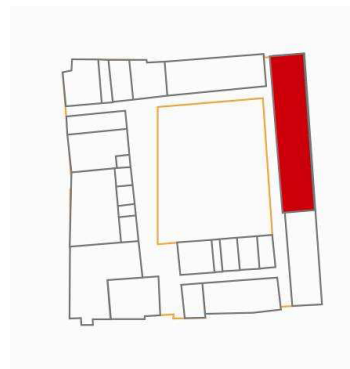
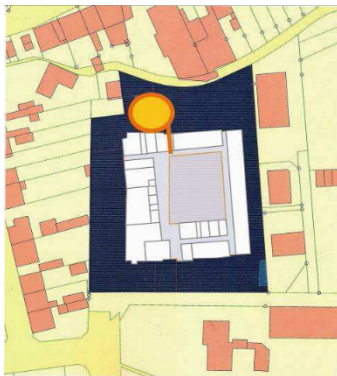
Cette première variante permet d'envisager:

- L'optimisation de l'extension capacitaire –**20 lits**
- La création d'un **PASA** destiné à **14 résidents** de l'établissement atteints de troubles du comportement modérés.
- La création d'un **jardin thérapeutique** directement accessible depuis le PASA

Cette variante repose sur :

Une extension au nord-ouest du bâtiment existant de l'ordre de 250 à 300 m² d'emprise au sol, totalisant 500 m² sur 2 niveaux et permettant de créer :

- ☐ Au rez-de-chaussée : le PASA et 6 nouvelles chambres individuelles
- ☐ A l'étage: 6 à 8 nouvelles chambres
- ☐ Une extension au 1^{er} étage du bâtiment existant de l'ordre de 240m² permettant de créer 8 nouvelles chambres.



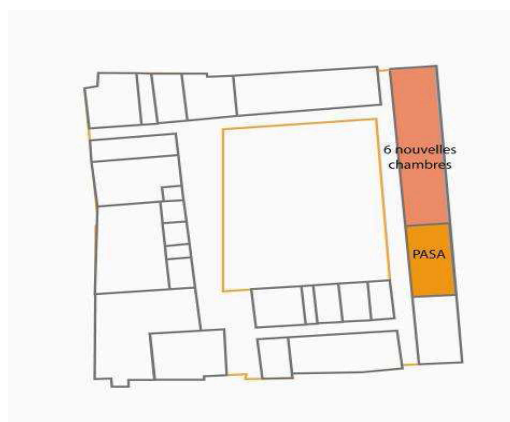
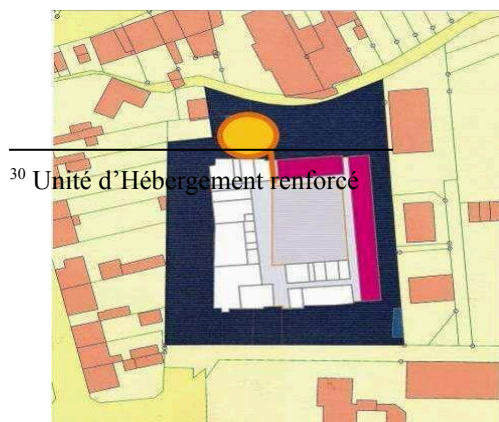
Dans cette **variante1**, le nombre de chambres créées est donc optimisé (20 voire 22 chambres individuelles) auxquels s'ajoute l'accueil de jour de 6 personnes, à la place des deux chambres d'accueil temporaire.

Variante 2 : Création d'un PASA, d'une unité d'hébergement renforcé par l'extension capacitaire de 12 lits

Cette seconde variante permet d'envisager:

- La création d'un **PASA** destiné à **14 résidents** de l'établissement atteints de troubles du comportement modérés.
- La création d'une **UHR**³⁰ destinée à **12 résidents** atteints de troubles de type Alzheimer sévères.
- La création d'un **jardin thérapeutique** directement accessible depuis l'unité d'hébergement renforcé.

Cette variante repose sur :



Une extension au nord-ouest du bâtiment existant de l'ordre de 200m² d'emprise au sol, totalisant 400 m² sur 2 niveaux et permettant de créer :

- ☐ Au rez-de-chaussée: Les locaux de vie de **l'unité d'hébergement renforcé** en relation avec les ailes Nord et Est dédiées à l'hébergement de cette unité et en relation avec **le jardin thérapeutique**
- ☐ À l'étage : **6 nouvelles chambres**
- ☐ Une extension au 1^{er} étage du bâtiment existant de l'ordre de 240 m² permettant de créer **6 nouvelles chambres**, le **PASA** et une **terrasse thérapeutique**.

Dans cette **variante 2**, le nombre de chambres créées est donc limité (12 chambres individuelles) auxquelles s'ajoute l'accueil de jour de 6 personnes, à la place des deux chambres d'accueil temporaire.

Variante 3 : Création d'un PASA, d'une unité Alzheimer et extension capacitaire de 18 lits

Cette troisième variante est une optimisation de la seconde, elle permet d'envisager:

- ☐ La création d'un **PASA** destiné à **14 résidents** de l'établissement atteints de troubles du comportement modérés.
- ☐ La création d'une **unité Alzheimer** destinée à **18 à 21 résidents** atteints de troubles de type Alzheimer
- ☐ La création d'un **jardin thérapeutique** directement accessible depuis les espaces de vie de l'unité Alzheimer
- ☐ L'optimisation de l'extension capacitaire –**18 lits**

Cette variante repose sur la même configuration que la seconde variante, mais avec une création d'unité Alzheimer au lieu de l'unité d'hébergement renforcé afin d'optimiser le nombre de lits :

Une extension plus importante au nord-ouest du bâtiment existant de l'ordre de 300 m² d'emprise au sol, totalisant 600 m² sur 2 niveaux et permettant de créer :

- ☐ Au rez-de-chaussée: Les locaux de vie de l'unité Alzheimer en relation avec les ailes Nord et Est dédiées à l'hébergement de cette unité de même que 3 nouvelles chambres
- ☐ À l'étage : 9 nouvelles chambres
- ☐ Une extension au 1^{er} étage du bâtiment existant de l'ordre de 240 m² permettant de créer 6 nouvelles chambres et le PASA.

Dans cette **variante 3**, le nombre de chambres créées est donc optimisé (18chambres individuelles) auxquelles s’ajoute l’accueil de jour de 6 personnes, à la place des deux chambres d’accueil temporaire.

A-1.3 Les coûts

Premier estimatif du coût des travaux :

Le coût des travaux de bâtiment à fait l’objet d’un premier estimatif prenant en compte les différentes variantes étudiées.

Les coûts estimés seront précisés en phase programme technique détaillée, après que les prescriptions techniques et les surfaces détaillées aient été arrêtées par le Comité de pilotage.

A-1.3.1 Variante 1 :

Rappel caractéristiques:	Variante1
PASA	oui
Unité Alzheimer	non
Création nouvelles chambres	20
Capacité accueil de jour	6
Surface restructurée	400
surface extension étage bâtiment existant	240
surface extension R+1 nord-ouest bâtiment	500

estimatif des coûts :	
Cout restructuration	300000,00
cout extension / restructuration 1er étage Est	380000,00
cout extension nord-ouest du bâtiment	930000,00
total HTtx	1 610000,00

A-1.3.2 Variante 2

rappelcaractéristiques:	Variante2
--------------------------------	------------------

PASA	oui
Unité d'hébergement renforcé	oui
Création nouvelles chambres	12
Capacité accueil de jour	6
Surface restructurée	400
surface extension étage bâtiment existant	240
surface extension R+1 nord-ouest bâtiment	400
estimatif des coûts :	
Cout restructuration	300000,00
cout extension / restructuration 1er étage Est	420000,00
cout extension nord-ouest du bâtiment	750000,00
total HTtx	1 470000,00

A-1.3.3 Variante 3

Cette deuxième variante considèrera l'intégration de l'UHR au sein de la structure, qui est en cours de discussion, vue que le Conseil général de la Lorraine priorise le financement et l'appui des UHR sociales et non médico-sociales. Toutefois, il est à considérer que, généralement, les personnes intégrant les UHR, y restent jusqu'à la fin de sa vie.

A-1.3.3 Variante 3

rappelcaractéristiques:	Variante3
PASA	oui

Unité Alzheimer	oui
Création nouvelles chambres	18
Capacité accueil de jour	6
Surface restructurée	400
surface extension étage bâtiment existant	240
surface extension R+1 nord-ouest bâtiment	600
estimatif des coûts :	
Cout restructuration	300000,00
cout extension / restructuration 1er étage Est	420000,00
cout extension nord-ouest du bâtiment	1 110 000,00
total HTtx	1 830000,00

A-2 Accompagnement personnalisé des résidents

A-2.1 La population éligible

A-2.1.1 La grille NPIES

En vue de permettre un inventaire et acquérir des informations concernant l'existence de troubles comportementaux chez des individus présentant des signes de démences, l'évaluation à travers la grille NPIES nous sera utile avant l'admission proprement dite.

Ainsi, dans la démarche, la grille pourra être utilisée afin d'évaluer et de faire des inventaires sur les résidents déjà internés dans l'établissement, par un évaluateur externe à l'établissement ou par une personne membre de l'équipe d'encadrement interne. Cette démarche sera, cependant, procédée au niveau du soignant.

Au sein de la résidence « Le pré vert », le choix s'est porté sur l'évaluation par un binôme aide-soignante / infirmière cumulant plus de 10 ans d'expérience au sein de la résidence et connaissant bien les résidents.

Afin d'évaluer convenablement les cas, la grille va mettre en avant 10 critères de comportement et 2 paramètres neurovégétatifs.

Cette grille sera ainsi, de la forme ci-après:

Nom du patient :	Prénom du patient :	
Âge :	Sexe : ☐ H ☐ F	Date du test :

Fonction de la personne interviewée : _____

Type de relation avec le patient :

- ☐ très proche/prodigue des soins quotidiens,
☐ proche/s'occupe souvent du patient,
☐ pas très proche/donne seulement le traitement ou n'a que peu d'interactions avec le patient.

NA = question inadaptée (non applicable) - F x G = Fréquence x Gravité																	
ITEMS	NA	Absent	Fréquence				Gravité			Retentissement							
	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	F x G	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Idées délirantes.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Hallucinations.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Agitation/Agressivité.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Dépression/Dysphorie.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Anxiété.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Exaltation de l'humeur/Euphorie...	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Apathie/Indifférence.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Désinhibition.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur.	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Comportement moteur aberrant...	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
			SCORE TOTAL 10 ☐														
CHANGEMENTS NEUROVÉGÉTATIFS																	
Sommeil.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Appétit/Troubles de l'appétit.....	☐ X	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	x	☐ 1	☐ 2	☐ 3	=	☐	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
			SCORE TOTAL 2 ☐														
			SCORE TOTAL 12 ☐														

Source : Adaptée suivant la grille de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie NPI-ES

Dans la procédure d'évaluation et afin d'avoir des résultats pertinents, l'interviewer devra insister sur les paramètres suivants :

- Parler de la finalité de l'interview
- Relater cotations de fréquences et les impacts sur activités professionnelles
- Soulever et attendre des réponses qui font références à des états comportementaux faisant part de la situation durant la semaine précédant celle de l'enquête
- S'assurer d'avoir des réponses brèves et concises
- Avoir des données sur le temps passé avec le patient, le poste du soignant, son rôle au niveau du patient
- Avoir les informations concernant le traitement fait au niveau du patient (son accompagnement, ses médicaments)

Ainsi, le scoring de l'évaluation sera fait comme suit et suivant les critères, idées délirantes, hallucinations, agitations, dépressions, anxiétés, euphories, apathies, désinhibition , irritabilité, comportement moteur aberrant, sommeil et appétit :

- Suivant la fréquence :
 - (1) si cette dernière est de moins d'une fois par semaine
 - (2) si la fréquence se fait assez souvent à environ une fois par semaine
 - (3) si la fréquence se fait souvent à savoir, plusieurs fois dans la semaine sans se présenter tous les jours

- (4) si la fréquence est quotidienne voire plusieurs fois dans la journée
- Suivant la gravité :
 - (1) ou léger, si le changement relaté n'est pas très important
 - (2) ou moyen, si le changement relaté par le soignant est important
 - (3) ou important, si le changement s'avère être très important
- Suivant le retentissement :
 - (0) si le comportement n'a pas du tout d'impact sur le soignant
 - (1) si le comportement a un impact minimal
 - (2) s'il y a un léger impact
 - (3) si le comportement a un impact modéré
 - (4) si l'impact du comportement est sévère
 - (5) si l'impact est très voire extrêmement sévère

Pour le résultat, si le score est supérieur à 2, il y a des risques pathologiques. Par ailleurs, la file active ou le nombre de résident vu au moins une fois à l'année, au sein de la résidence Le Pré Vert mais aussi, de La Tour de Heu, est de 23. Ceci, afin d'optimiser l'interprétation et l'analyse des résultats sur les deux structures et afin de prévoir l'intégration d'un PASA pour chacun des deux structures mais aussi, pour faciliter le transfert des résidents éligibles de la Tour de Heu vers Le Pré Vert, selon les besoins de 1 à 5 fois par semaine.

A-2.1.2 Le choix de l'admission des résidents

Suivant les résultats issus de l'inventaire neuropsychiatrique NPIES, seront admis au niveau de l'unité PASA :

- Les malades présentant les symptômes de l'Alzheimer ou des maladies apparentées
- Les résidents présentant un score supérieur à 3 à l'inventaire neuropsychiatrique NPIES (trouble comportemental modéré)
- Les résidents présentant des troubles qui nuisent à la qualité de vie au sein de l'établissement et dont le score à l'échelle de retentissement se situe entre 2 et 4 avec une fréquence supérieure ou égale à une fois par semaine
- Les résidents ne présentant pas de syndrome confusionnel
- Les résidents pouvant faire des déplacements sans aides et seuls même avec un fauteuil roulant
- Les patients qui n'ont pas des caractères d'éligibilité pour intégrer une UHR, à savoir :
 - Ayant un score de trouble comportemental nettement supérieur à 7 sur les critères, idée délirante, irritabilité, comportement moteur aberrant, agitation, dépression et euphorie
 - Ayant un score de 5 concernant le retentissement

Le résident répondant à tous ces critères, peut donc bénéficier du PASA, en fonction de ces besoins, de son projet de vie et de soins. La prise en charge du patient sera annoncée par le médecin coordonnateur après échange avec l'équipe soignante, la psychologue et le directeur d'établissement. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée sera annoncé au patient, à sa famille et plus généralement à son entourage.

A-2.1.3 Le rôle de la participation des familles

La participation des familles à la pose du diagnostic mais aussi dans la vie quotidienne du patient est très importante afin de lui permettre de maintenir un lien avec ces dernières. Ainsi, au sein de la structure, le PASA devra permettre la révision du projet personnalisé du résident et pour lequel la famille sera vivement sollicitée à participer. La participation des familles est tout aussi essentiel dans la vie quotidienne du patient et c'est ainsi que sera mis en place des actions hebdomadaires, mensuels et annuels (barbecue, repas de Noël ...) qui optimiseront leur participation. Des sorties ainsi que des activités communes seront au programme. Cette participation comprendra également une certaine souplesse dans l'organisation générale afin d'encourager les visites des proches.

A-2.2 Le projet de vie

A-2.2.1 Le projet individuel

Au sein de la résidence « Le pré vert », l'accent est porté sur un accompagnement le plus personnalisé possible, en ce sens le projet individuel **est mis en place au cours des trois premiers mois suivant l'arrivée du résident**, il est réalisé par l'équipe infirmière en étroite collaboration avec la famille et le résident.

On y recueille :

1/ Le fichier d'histoire de vie

- civilité, ancienne profession, enfants, religion, ses anciennes habitudes (lieu et mode de vie appartement ou maison, horaires déjeuners, diners, couché, levé.....), habitudes vestimentaires, ses capacités avant son entrée (faisait son lit, géré son argent, sieste)
- Comportement à l'entrée (fermé/conviviale, communicative/désorienté.....)
- Ses goûts alimentaires et ses souhaits pour le petit déjeuner.....
- Les faits principaux ayant marqué l'histoire de vie
- Rythme des visites (familles, ami(es))
- Sujets de conversation préférés, passetemps préférés, ce que la personne désire continuer à faire et ses souhaits d'animation
- Les informations médicales importantes
- Recueil des souhaits exprimés à propos de la mort et les personnes à prévenir en cas de décès.

2/ Ses besoins et attentes :

- Quelles sont vos attentes d'une maison de retraite ?

- Que pourrions-nous mettre en place avec vous et pour vous ?
- Quels sont vos souhaits en matière d'animation ?
- Quelles sont vos propositions pour améliorer votre cadre de vie privé et collectif

3/ Le gérante

Pour évaluer :

- Handicaps domestiques
- Handicaps extérieurs
- Handicaps corporels
- Handicaps moteurs

4/ Les objectifs

Au nombre de 3 MAXIMUM

- Objectifs
- Moyens mis en œuvre
- Qui (au sein du personnel)
- Date de ré-évaluation prévue en fonction de l'objectif

Dans ce projet individuel est annexé une fiche logistique permettant de gérer les besoins en vêtement, produits d'hygiène Cela permet de noter les besoins et de dater la demande à la famille et en notifier les produits reçus.

Au Pré vert, chaque résident se voit attribuer une référente pour la gestion et le suivi de son projet individuel, ainsi chaque membre du personnel se voit suivre 3 à 4 résidents. Il est plus facile pour la famille comme pour le résident de n'avoir à faire qu'à un seul membre du personnel ce qui permet une meilleure gestion et évite la perte d'information.

Au sein du PASA, ce projet individuel sera affiné et visera surtout à :

- Mettre à disposition et de proposer des actions d'accompagnement pour le patient et qui répondent à ces besoins et ses demandes
- Garder et maintenir un lien social entre le patient et son entourage (proches, autres résidents, personnels aidants...)
- Améliorer au fur et à mesure les démarches de prise en charge et ainsi le soin octroyé au patient

La révision de ce projet individuel aura évidemment le concours du patient, du personnel soignant, de sa famille et/ou de son représentant légal.

Dans la pratique, chaque bénéficiaire du PASA sera suivi par un coordonnateur de projet qui s'assurera de la mise en œuvre du projet, du suivi de l'implication du patient dans la mise en œuvre, du suivi de l'implication du personnel soignant dans les activités, et sera en lien étroit avec son référent.

A-2.2.2 Les activités à effets thérapeutiques

Dans le but de maintenir ou afin de réhabiliter les fonctions cognitives, mais aussi, de préserver les liens avec les proches et ainsi, de permettre au patient d'avoir une vie sociale et des traitements adaptés, des activités à viser thérapeutiques seront à intégrer dans le processus d'accompagnement de l'individu.

□ Les types d'activités

Dans le cadre de ces accompagnements, les activités seront surtout de type non médicamenteux. Ils peuvent comprendre :

- Des activités qui incitent l'amélioration de la qualité de vie. Ces activités comprendront entre autres, des accompagnements dans la rééducation pour améliorer la faculté d'orientation ainsi que la stimulation des sens
- Des activités qui améliorent les fonctions cognitives. Ces activités intégreront des interventions comme, la rééducation, le travail pour la validation des fonctions cognitives ainsi que leur stimulation. Ces activités s'accompagneront ainsi, à travers des travaux dans des ateliers de mémoires
- Des activités qui porteront sur des travaux pour améliorer la prise en charge autonome du patient. Il faudra ainsi, stimuler ces capacités à travers des activités physiques et des séances d'ergothérapie

- Des activités qui sensibiliseront les fonctions communicatives, à travers des stimulations orthophoniques

☐ **Les activités à visées comportementales**

Ces activités auront l'objectif de traiter des troubles pathologiques. Cependant, dans ces interventions, le traitement ne doit pas avoir recours à l'utilisation de médicaments, mais avec des activités plus ludiques et des pratiques physiques telles que, la danse, la musique et les petits exercices physiques. Les activités peuvent aussi concerner l'intervention de la parapharmacie, à travers des traitements en aromathérapie, l'accompagnement à travers l'empathie, la massothérapie, la thérapie avec les animaux comme la muzzothérapie (qui donne de très bons résultats auprès des résidents pris en charge au sein de la structure), la luminothérapie, la stimulation avec des vidéos pour l'aide au mémoire.

Malgré que ces activités soient assez limitées dans leurs résultats, dans le temps, il est essentiel que l'accompagnement se fasse par des professionnels formés pour assurer l'effectivité et qu'elles fassent l'objet d'un suivi et d'une évaluation permanente.

A-2.2.3 La valorisation des besoins en activités (qualitatif et quantitatif)

Selon les principes de l'ANESM ou l'agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans la mise en place d'un projet individuel, des paramètres doivent être pris en compte et des étapes à considérés afin de valoriser les besoins en activités, à savoir :

- Un service qui assure le contact et l'accueil initial des besoins de l'individu

- Une analyse situationnelle de l'individu
- La mise en place d'un projet individuel incluant la participation de diverses parties prenantes
- La prise de décision et élaboration du projet proprement dit à travers la définition des objectifs, les moyens à mobiliser et la programmation des activités
- Mise en œuvre du projet, réalisation des divers bilans, évaluations et ajustements du projet suivant son évolution

Afin d'améliorer la mise en œuvre du projet individualisé, nous allons ainsi, voir une à une ces phases afin de les adapter dans la structure organisationnelle de la résidence Le Pré Vert.

☐ **La phase de contact et d'accueil initial**

Un premier échange avec le résident nous permet de lui expliquer la démarche et les buts de la mise en place d'un projet individualisé. Cette étape contribue à réduire les sensations évoquant le rapport dominant-dominé.

L'objectif est de démontrer l'importance de connaître les besoins et les attentes du résident afin de ne pas donner la sensation d'être trop intrusif dans la vie du résident. Par ailleurs, à travers la construction de cette alliance dynamique, la confiance entre le personnel

soignant et le résident est favorisée et permet ainsi une communication agréable et un appui qui est plus ressenti par le résident, de la part du personnel soignant qui l'accompagne.

Le personnel soignant rassure ainsi par ses gestes et ses actions, le résident pour que ce dernier ressente une perspective d'évolution de sa situation.

L'objectif, est ainsi de permettre au résident d'exprimer pleinement ses besoins et ses attentes.

□ **L'analyse situationnelle de l'individu**

Cette phase nous est utile, car elle permet, après avoir recueilli les attentes, de :

- Situer les atouts et les difficultés de l'individu. Cette étape sera faite avec les proches du patient. On aura ainsi à repérer les capacités sociales et professionnelles de l'individu
- Optimiser la construction d'un « projet ouvert ». En ce sens, le projet individualisé doit avoir une ouverture sur toute sorte d'opportunités qui ne sont pas toujours prévisibles
- Se préparer dans l'élaboration des objectifs ainsi que des activités à entreprendre. Ces derniers auront comme fonction d'aider à la gestion des frustrations et de faire des choix optimaux

Ce recueil d'information permet également d'optimiser les résultats d'analyse. Dans ce cadre, l'approche se fera dans le total respect de l'intimité de l'individu et de garder certaine réserve afin de ne pas « enquêter » sur leur vie.

Un recueil sur les habitudes comportementales et quotidiennes du résident sera nécessaire afin de respecter au mieux celles-ci, pour ce faire il sera sollicité la présence de la famille et de ses proches qu'il juge, pouvant l'aider à l'accompagner dans les séances de partage d'information. Enfin, dans ce processus d'analyse, il est également important d'élaborer ou de créer des outils qui permettront une réflexion et d'aider l'individu à s'exprimer.

□ La mise en place du projet individuel

C'est de cette analyse que se construit le projet individuel, effectué par le personnel aidant. Dans cette phase, des étapes sont également suivies pour permettre sa mise en place avec efficacité et efficience.

Ainsi, dans un premier temps, le personnel accompagnant se positionne afin de permettre une communication qui optimise la « reconnaissance mutuelle ». À cet effet, en parlant de « son projet », il ne doit pas s'enfermer dans ses visions propres, mais bien, de la conception du représentant légal du patient, du patient lui-même et du personnel qui l'accompagne.

Sur un autre point, le projet se construit également suivant l'émergence de nouvelles propositions. Ainsi, l'échange est optimisé avec une posture du professionnel qui fait marque de créativité et d'empathie, mais aussi, en mettant en avant les compétences de ce dernier à favoriser le dialogue. Et dans les propos de l'ANESM : « il est recommandé que les professionnels recherchent ainsi toutes les

réponses possibles pour être au plus près des attentes des personnes et de leur représentant légal dans le respect des décisions judiciaires. »³¹

Dans cette phase de conception du projet, il est également opportun de soulever les questions sensibles. En ce sens et suivant le point ci-dessus, le personnel optimise le dialogue avec des approches qui incite le résident et son représentant à discuter des points et sujets délicats (sexualité, position religieuse, vie affective...). Avoir connaissance de ces points permet au personnel aidant de bien fonder ses analyses et de construire le projet à bon escient.

Un autre point est considéré dans la construction du projet individuel c'est le respect sur l'habitude de vie du résident. Ceci, en intégrant ces dernières dans les activités à faire. Cependant, cette intégration ne sera effective que si les habitudes en question ne nuisent pas à la vie de l'organisation du PASA et qu'elles ne portent pas atteintes à l'environnement général.

Enfin, il est utile de toujours « encourager l'essai ». Cette approche permet au résident et son représentant d'adhérer effectivement au projet et d'en être suffisamment actif pour un résultat optimal. Ceci permet également de s'impliquer et de faire des expériences personnelles. Par ailleurs, cet encouragement permet de dire qu'«insister sur le caractère d'essai relativise l'échec éventuel, qui devient un problème à résoudre ensemble, et non pas l'échec de la personne malgré toute l'aide apportée. »³²

☐ **La phase de prise de décision sur l'adaptation du projet**

³¹ ANESM, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, P.25

³² ANESM, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, P.26

Le projet s'aligne suivant un système de réglementation qui cadre les limites et les champs d'intervention mis en œuvre dans le projet tant au sein de la résidence qu'au sein du PASA même.

Le personnel optimise la communication avec ces derniers afin de les inviter systématiquement dans le processus de prise de décision, en ce qui concerne le projet. De ce dialogue impliquant les acteurs dans la prise de décision, des objectifs sont à chaque fois, dégagés. Ces derniers sont, par ailleurs, en totale adéquation avec la situation des individus ciblés du projet. Ils sont également concrets et démontrent les avancées du projet. Mais également, dans la définition des objectifs, il est toujours important de se baser et de respecter le principe du respect de l'intimité de la personne.

Enfin, dans cette phase de prise de décision, il est toujours nécessaire de faire un repérage des critères de vigilance, que ce soit, les moments critiques ou encore les actions nécessitant des attentions spécifiques, en vue de replanifier le projet.

☐ **Mise en œuvre et application du projet individuel**

Dans cette phase, l'attention dans la mise en œuvre permet de voir pertinemment les lacunes dans le projet afin de les ajuster en conséquence. En effet, il se peut qu'il y ait des incohérences ou des actions qui n'atteignent pas les objectifs escomptés. À cet effet, en plus d'être attentif dans la mise en application, il faut également assurer un encouragement perpétuel du résident afin qu'il ressente que, dans cette mise en œuvre, il a un rôle actif. Aussi, les actions et les activités intégrées dans le projet individuel reflètent cette participation. Il est aussi, à éviter que dans la mise en œuvre, il y ait une entrave à l'autonomie du résident et des actions qui soient contraires à ces intérêts.

Et comme dans la mise en œuvre de tout projet, il est essentiel de bien coordonner ce dernier afin d'assurer l'efficacité de sa mise en œuvre. En ce sens, chaque résident se voit attribuer un référent, celui-ci ayant le rôle de coordonnateurs du projet individuel, un second référent propre au PASA sera mis en place et sera en étroite collaboration avec son référent principal. Ce dernier sera ainsi, l'interlocuteur des acteurs dans la mise en œuvre du projet et s'assurera de la bonne mise en œuvre de ce dernier. Ce rôle prévoit également, une analyse situationnelle des conséquences engendrées sur le projet, au cas où le patient subirait une hospitalisation. Par ailleurs, il aura à accompagner les professionnels qui effectuent l'appui dans l'hospitalisation afin de collaborer convenablement aux diverses actions. Néanmoins, le rôle du coordonnateur ne lèse en rien la participation du personnel soignant, dans le lien avec le patient.

En outre, dans la mise en œuvre, des activités de suivi propres au PASA seront également à faire. À ce sens, il y aura la participation des représentants du résident et le résident lui-même. Ces acteurs auront ainsi la tâche de vérifier ensemble les avancés du projet et la cohérence avec les actions entreprises ainsi que les résultats atteints et ainsi mesurer les bienfaits de la prise en charge au sein du PASA. On relatera également les évolutions remarquées par rapport à la mise en œuvre. Cette activité de suivi devra être planifiée durant la phase de planification du projet, mais peut être déclenchée à la demande du résident ou de sa famille.

Enfin, dans l'application du projet, l'interruption peut être soulevée. À cet égard, il faut l'accompagner, car, elle peut être causée par un besoin de changement de stratégie et de modalité d'intervention. Dans ce cas, il est toujours opportun d'aviser et d'informer les acteurs incluant, le résident et sa famille. Une séance de dialogue est, ainsi, effectuée afin d'analyser la situation ensemble et de soulever les solutions à adapter.

☐ **Évaluation conjointe du projet**

Cette évaluation fait référence à l'application de la loi n°2002-2³³ portant sur les activités et la qualité des services octroyés dans la mise en œuvre du projet personnalisé. Ainsi, elle intégrera la participation de l'individu ainsi que de son représentant et du personnel soignant qui l'a accompagné. Et selon sa demande, ses proches peuvent également participer. L'approche se fera à travers une l'évaluation de l'atteinte des objectifs, la réalisation du plan d'action ainsi que des processus de mise en œuvre. Une discussion sera ainsi, entreprise sur ces divers points.

Par ailleurs, ces étapes d'évaluation devront être ponctuelles et suivant une période bien définie à raison d'une fréquence d'une fois par an, au minimum.

Dans le principe de mise en œuvre de cette activité, l'organisation doit se faire dans un cadre qui optimise le dialogue, le partage et la réflexion. Ainsi, le débat devra permettre à l'individu de faire ces propres analyses et de donner des avis. Le cadre permettra également de fixer de nouveaux objectifs et de nouvelles orientations stratégiques. Par ailleurs, cette approche favorisera également à l'individu de formuler et de dire ces attentes.

Conclusion A

Depuis la diffusion de la circulaire de 2009 et la mise en application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, nous n'avons cessé de projeter un élargissement de notre activité afin de nous adapter au mieux aux demandes accrues au sein de la population

³³ loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

mosellane, et de l'établissement même, qui a un très fort besoin de prise en charge spécifique des personnes présentant des pathologies de démences.

À cet effet, il est très important d'apporter un regard particulier sur ces personnes afin de les accompagner efficacement dans leurs états et dans leurs vieillissements. Par ailleurs, ce projet de création de PASA s'aligne très bien au contexte actuel qui fait part de résultats très positifs sur les approches qui mettent en avant le soutien à ces personnes. Ainsi, un accompagnement personnalisé dans une structure et une organisation adaptées devrait leur permettre de dégager une source de motivation réelle qui leur permette de maintenir, voir développer les restes de capacités fonctionnelles et cognitives.

En ce sens et afin d'assurer l'appui et le soutien, des activités seront priorisées dans le cadre de la révision d'un projet individuel pour les patients qui sont éligibles. Ce projet fera en sorte de permettre une évolution et un meilleur accompagnement social du patient, au sein d'une structure architecturale adaptée, mais également, un projet de vie intégrant la réalisation au quotidien d'activités, qui permettront d'améliorer les capacités fonctionnelles et cognitives de l'individu.

À cet effet, notre projet de création d'un PASA comprendra l'aménagement d'un lieu qui aura le privilège d'apporter les soins et les traitements adaptés pour le patient. Et malgré que la finalité ne soit pas la guérison de la maladie ni d'arrêter son éventuelle évolution, la structure assurera la pratique d'activité qui ne mettent pas en danger la personne et afin de lui permettre d'avoir une meilleure considération de lui-même dans le sens où il pourra optimiser des pratiques motrices et cognitives au quotidien sous le regard et l'accompagnement de personnel compétent.

PARTIE B :

L'Organisation et le management de la nouvelle structure.

Introduction B.

En bâtissant une structure optimale et en favorisant la mise à jour des projets, conçus individuellement pour chaque patient atteint de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, et en vue d'atteindre efficacement les objectifs fixés, notre but est de faire en sorte de répondre efficacement aux besoins de cette catégorie de personne, à travers la création d'un PASA.

En effet, le PASA a pour mission d'accueillir les personnes âgées présentant des cas de démence et de trouble psychocomportemental. Les signes engendrés par cette pathologie pouvant causer des préjudices et des dérangements chez le patient, mais également ces proches et les autres résidents. Par ailleurs, malgré la présence de personnel soignant au sein de la résidence Le Pré Vert, ne pas avoir d'unité spécialisée et un personnel compétent et en nombre suffisant, peut rendre difficile la prise en charge de ces personnes.

À cet égard, la création d'un PASA considèrera un accompagnement par des professionnels possédant les capacités nécessaires pour assurer le soin et le soutien de chaque patient et qui s'adaptent à la structure interne qui aura les qualités, mettant en avant :

- L'accueil optimal des patients éligibles
- Une architecture environnementale qui favorise la sécurité et le bien-être personnel et collectif
- Un projet de vie adaptée pour chaque résident

Suivant ces qualités, un personnel soignant qualifié et disponible pour assurer le service se doit de composer la structure afin d'optimiser la réalisation des activités et l'exploitation du pôle. Mais également, afin de s'assurer du bon fonctionnement de la structure, la participation des partenaires et des parties prenantes dans le financement pour la mise en application du projet devra se faire et s'intégrer efficacement dans l'optique de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

B-1 Les ressources Humaines

B-1.1 Les ressources existantes

B-1.1.1 Les formations nécessaire

Afin de s'assurer au mieux la prise en charge des résidents dans le PASA et de permettre d'assurer la mise en œuvre du projet individuel, l'unité de soin devra disposer de compétences adaptées, ces derniers seront appuyés par des formations adéquates incluant :

- Des séances qui aident à la manipulation des outils qui serviront à l'évaluation
- Des méthodes d'observation pour le diagnostic et l'analyse comportementale

- Des méthodes de soins qui seront adaptés aux malades de l'Alzheimer et maladies apparentées
- Les techniques de prise en charge des malades et la gestion des signes psychocomportementaux, avec des méthodes non médicamenteuses. Par ailleurs, tous les intervenants au sein du PASA seront formés sur ces techniques
- Les techniques d'accompagnement dans la prise en charge, à la sortie du patient. Cette formation sera octroyée à tout le personnel de l'établissement EHPAD

B-1.1.2 Stratégie de redéploiement

Dans le redéploiement des acteurs de soins intégrés dans la structure, le rôle du coordonnateur devra être optimisé. En effet, la coordination devra être effective et qui sera sous la gestion générale d'un médecin coordonnateur qui s'assurera de mettre en place des actions effectives combinant le domaine sanitaire et médico-social. La mise en place du pôle PASA intégrera également, une étroite collaboration avec un service gériatrie et un service psychiatrie dont les termes seront visés à travers une convention écrite et formelle.

B-1.2 Les ressources supplémentaires

B-1.2.1 Les métiers

Afin de mieux accompagner les résidents et la personne au sein du PASA, la structure disposera de ressource dédiée spécifiquement, incluant la présence³⁴ :

- D'un médecin coordonnateur
- D'un assistant en gérontologie
- D'une infirmière coordonnatrice
- D'un psychologue
- D'un ergothérapeute
- D'aides-soignants

³⁴ Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles comportementaux, Direction générale des actions sociales, P.5

B-1.2.2 Les compétences exigées

Le médecin coordonnateur

Au sein de l'établissement et pour les besoins de la structure PASA, la présence du médecin coordonnateur permettra une organisation optimale des interventions de chaque personnel, vis-à-vis des résidents intégrés au niveau du pôle. Son rôle sera axé dans le conseil technique du directeur, mais également, il sera amené à animer l'équipe de soignants et est chargé de la prescription de prise en charge.

Par ailleurs, le médecin coordonnateur aura également, la charge d'évaluer la prise en charge de travail et de donner son avis suivant les cas d'admission au sein du PASA. Il sera également chargé de faire les évaluations gériatriques des patients.

Aussi, l'objectif de son poste sera d'organiser les soins et la qualité de prise en charge. Il sera également, la personne référent dans les cas de démences des patients et ainsi, se chargera des contrôles sur les cas de troubles comportementaux afin d'adapter le projet de soin individuel du patient. Il s'assurera également de la supervision des problèmes liés à la poly pathologie et la poly médication des patients.

L'infirmière coordonnatrice

Elle travaillera étroitement avec le médecin coordonnateur. À cet effet, l'infirmière coordonnatrice veillera à accompagner efficacement les équipes soignantes et s'assurera de leurs formations. Par ailleurs, l'infirmière coordonnatrice se chargera d'intégrer les sessions de sensibilisation interne du personnel en vue de conforter les pratiques professionnelles des salariés à l'égard des résidents.

Elle participera également aux phases d'évaluation des fonctions cognitives et sera un personnel clé dans l'organisation du « prendre soin » du patient.

Le psychologue

Ce spécialiste travaillera de concert avec l'infirmière coordonnatrice ainsi que le médecin coordonnateur. Son rôle sera de rencontrer, d'écouter et de soutenir les patients, leurs familles ainsi que les équipes au sein du pôle. À cet effet, il fera une évaluation des fonctions cognitives et aidera au diagnostic. En fonction des résultats, il réajustera les pratiques ainsi que les actions d'accompagnement. Le psychologue participera également, dans la mise en place des ateliers thérapeutiques.

L'ergothérapeute

Ce spécialiste au sein de la structure aura pour mission « d'améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents, et mettre en œuvre des actions de réadaptation, de rééducation, de prévention, de confort et de sécurité. »³⁵ En ce sens, l'ergothérapeute aura la charge d'aider les résidents en perte d'autonomie et d'indépendance, à la rééducation des troubles liés à des gênes d'origine psychologique, mentaux ou neurologiques.

Par ailleurs, son rôle sera de mettre en place des activités physiques incitent les mouvements les gestes et l'expression corporelle à travers des méthodes de rééducation individuelle ou en groupe.

Les aides soignants

³⁵ Selon l'avis du Syndicat national des généralistes et gériatres intervenant en EHPAD sur www.amcehpad.com (consulté le 27 août 2014)

Leurs principales tâches seront d'aider et d'accompagner les résidents dans leurs actes de vie au quotidien. À cet effet, les aides soignants devront avoir de l'attention particulière sur le bien-être et les besoins de chaque patient suivant leur degré de dépendance.

Ainsi, ils devront s'assurer la préparation, l'organisation ainsi que la réalisation des activités d'animation qui permettront de maintenir et d'entretenir les acquis de chacun, le plus longtemps possible.

Ils veilleront également à transmettre les informations nécessaires, en oral et en écrit, sur chaque résident. Les aides soignants participeront aux séances d'évaluation des besoins des résidents qui présentent des déficiences sensorielles, physiques, psychiques ou encore, présentant des troubles comportementaux. Ainsi, ils participeront aux activités de surveillance et de préventions des complications.

B-1.3 L'organisation du PASA

B-1.3.1 Les horaires d'ouverture du PASA

L'Horaire d'ouverture du PASA sera de 9 h 30 à 16 h. Toutefois, avant l'ouverture du PASA, un protocole sera à respecter par l'équipe de soins, à savoir :

- La prise en charge des troubles du comportement (pendant les temps de toilettes, repas, activités)
- Évaluation de la maladie (suivi, réaction, transmission) en équipe

- Stratégie alternative à la contention et conditions/procédure en cas de contention
- Règles d'utilisation des thérapies sédatives
- Partage de l'information

B-1.3.2 Plannings des équipes

Le PASA s'organisera en 3 équipes qui correspondront à 3 niveaux de dépendances différents. Cette approche permettra d'avoir une répartition homogène des équipes afin d'adapter les activités et de les rendre bénéfiques pour chacun.

Pour la répartition des équipes, l'encadrement des activités se fera par deux aides soignants affectés au niveau du pôle. Ces derniers seront appuyés par des personnels spécialistes, durant des créneaux spécifiques comme :

- Un (e) IDE
- Un(e) psychologue le vendredi matin durant l'atelier REMINESCENCE
- Un(e) ergothérapeute le lundi après-midi pendant l'atelier créatif
- Une aide-soignante formée en gymnastique douce le mardi après-midi pour l'activité réflexe et agilité
- Le médecin gériatre coordonnateur

B-1.3.3 Planification des activités

Des activités à effet thérapeutiques seront planifiées par une équipe pluridisciplinaire comprenant, le médecin coordonnateur, l'infirmière diplômée d'état coordonnatrice, le psychologue, l'ASG ainsi que tout le personnel engagé dans au sein du pôle et en lien direct dans l'accompagnement des résidents dans son acte de vie quotidienne.

Activités à effets thérapeutiques

Objectifs	Activités proposées
<i>Maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles restantes</i>	☐ Atelier moteur ☐ Jeux de coordination ☐ Atelier manuel ☐ Atelier créatif ☐ Atelier d'équilibre ☐ Atelier repas
<i>Maintenir ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes</i>	☐ Atelier de langage ☐ Thérapie de la réminiscence ☐ Jeux de stimulation mémoire
<i>Mobiliser les fonctions sensorielles</i>	☐ Atelier culinaire ☐ Atelier bien-être ☐ Relaxation ☐ Atelier musical ☐ Atelier aromathérapie

Objectifs	Activités proposées
<i>Maintenir le lien social</i>	☐ Art thérapie ☐ Atelier jeux de société ☐ Atelier lecture ☐ Atelier culinaire ☐ Atelier revue de presse

Toutes activités engageant la mobilisation des fonctions cognitives se feront durant la matinée où les états de formes mentales sont meilleurs, généralement.

En fonction des besoins des résidents, ces activités seront réévaluées, remises à jour et réajustées. Le bilan d'activité y afférent sera également transmis par écrit et insérer dans le dossier de soins.

Le tableau qui suit relate de l'organisation d'une semaine type au sein du PASA.

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
9H30 -09H45	Temps de transfert et de transition				
09H45-10H00	Collation				
10H00 -11H30	Atelier	Atelier	Atelier	Atelier CUISINE	Atelier
	BIEN-ETRE				

	SNOEZELLEN	MEMOIRE	JARDINAGE		REMINESCENCE
11H30	Mise du couvert				
-13H00	Repas thérapeutique				
	Accompagnement aux toilettes et changes				
13H00	Temps de repos				
-14H00					
14H00	Atelier manuel	Atelier	Atelier lecture	Atelier sensoriel	Atelier festif
-15H30	CREATIF	réflexe et	En souvenir des	DEGUSTATION	ANNIVERSAIRE
		agilité	« FABLES DE		et CHANSONS
		GYM	LA		
		DOUCE	FONTAINE »		
15H30	Temps de relaxation et collation				
-16H00	Présentation du menu du soir				
16H00	REUNION DE SUIVI – MISE A JOUR DES PROJETS INDIVIDUELS				
-16H30					

B-1.4 Démarche d'évaluation continue

B-1.4.1 Les outils

Une fiche d'évaluation de personnalisation de l'accompagnement au sein du pôle, nous servira pour tracer les actions faites et le niveau de réactivité, le comportement ainsi que les spécificités du patient. Ces fiches feront ainsi, l'objet d'une analyse hebdomadaire en vue d'élaborer un bilan qualitatif et afin de d'en adapter les activités et les formules d'accompagnement, en fonction des besoins. Les observations, informations ainsi que la synthèse recueillies seront retranscrites dans un dossier unique du patient, ASCELPIOS.

Ainsi, à travers ces résultats et durant une réunion mensuelle, l'équipe médecin coordonateur, infirmière coordonatrice et médecin traitant sera chargée de déterminer si on doit poursuivre, suspendre ou arrêter l'accueil au sein du PASA, suivant les bénéfices ressentis par le patient.

Par ailleurs, cette fiche d'évaluation permettra de répondre à quatre objectifs, à savoir « Maintenir le plus possible l'autonomie et assurer la sécurité du résident ; assurer le suivi médical du résident ; proposer un soutien psychologique ; proposer des animations ». Elle permettra également de réévaluer et de réviser le PIA ou le projet individualisé d'accompagnement. A cet effet, les cas particuliers seront gérés en priorité mais également, une réévaluation des troubles comportementaux sera effectuée à travers le NPI-ES³⁶, une réorientation ainsi qu'une évaluation du soin psychotrope, si existant. Outre, à travers cette évaluation, la durée des activités et leurs fréquences peuvent être réajustées afin de réduire les impacts des cas de démences.

Enfin, chaque changement effectué fera l'objet d'une formalisation écrite et le projet d'accompagnement au niveau du PASA sera communiqué à l'ensemble de l'équipe de l'établissement

³⁶ Dans le processus d'évaluation, le but est de collecter efficacement les informations relatives à l'existence d'un trouble comportemental chez un résident. Dans ce cadre, il est ainsi nécessaire d'évaluer la gravité et le retentissement de cas de trouble dans le temps afin de prendre en charge efficacement le patient et de définir, suivre et mettre à jour son profil et son projet individuel. Cet outil est détaillé dans notre section A 2.1.1. (réf. Population éligible).

B-1.4.2 Les indicateurs de suivis

Dans un premier temps, une mesure quantitative de l'activité du PASA nous servira d'avoir une idée objective sur le fonctionnement du service.

Afin de déterminer cette mesure, les indicateurs suivant :

- Journées réalisées sur l'année
- Fréquentation par jour, moyenne hebdomadaire, mensuelle et annuelle
- Rotation des résidents (homogénéité dans la file active) avec assiduité par résident
- Grille AGGIR et coupe PATHOS actualisées deux fois par an
- Nombre d'ateliers réalisés par semaine

L'évaluation sur la grille AGGIR se relatera comme suit :

☐ **La grille de calcul de dépendance GIR**

Elle nous permettra d'évaluer la dépendance du patient et de permettre la mise en place des plans d'accompagnement et de définir les objectifs dans le projet individuel ainsi que de suivre les évolutions.

Encadré : Grille AGGIR et consigne de notation

			Evaluation		
Variables Discriminantes			A	B	C
1	Cohérence	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises. Il faut coter la communication (verbale et non verbale) avec autrui et le comportement (logique, rationalité, conforme au sens commun). AA = A CC ou CB ou BC ou CA ou AC = C AB ou BA ou BB = B	☒	☐	☐
2	Orientation	Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels. Il faut coter l'orientation temporelle et l'orientation spatiale. AA = A CC ou CB ou BC ou CA ou AC = C AB ou BA ou BB = B	☒	☐	☐
3	Toilette	Faire seul, en entier, habituellement et correctement sa toilette du haut et du bas. Il faut coter la toilette du haut (visage, tronc, membres supérieurs, rasage, coiffage) et du bas (régions intimes, membres inférieurs, pieds). AA = A CC = C Autres = B	☒	☐	☐
4	Habillage	S'habiller seul, totalement et correctement. Il faut coter l'habillage du haut (bras, tête) et du milieu (boutons, ceinture, bretelles..) et du bas (pantalon, chaussettes, bas, chaussures). AAA = A CCC = C Autres = B	☒	☐	☐
5	Alimentation	S'alimenter seul et correctement. Il faut coter "se servir" (couper la viande, ouvrir un pot, se verser à boire, peler un fruit..) et manger (seul, proprement). AA = A CC ou BC ou CB = C Autres = B	☒	☐	☐
6	Elimination	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination urinaire et anale. Il faut coter l'élimination urinaire et anale (lieu adéquat, proprement). AA = A CC ou BC ou CB ou AC ou CA = C Autres = B	☒	☐	☐

ares, dépendance : grille Aggir,

. Ces notes seront utilisées pour catégoriser

- Spontanément
- Totalement
- Correctement
- Habituellement

Si l'appréciation est positive sur chacun des adverbes mentionnés ci-dessus, on attribue la note A. Si on relate quelques réponses négatives pour les adverbes, on donne la note B. Et si l'on ne relate qu'une seule réponse négative sur les adverbes, on donne la note C.

Une mesure qualitative sera également effectuée à travers :

- Enquête de satisfaction auprès des résidents affectés au PASA, et aux familles de ces résidents (annuelle)
- Recueil des éventuelles doléances par un référent famille (semestrielle)
- Fiche de suivi du comportement des résidents affectés au PASA (journalière)
- Fiche de suivi de la consommation médicamenteuse
- Capacité de remplacement des activités en cas de désistement

Pour les deux résidences que sont la résidence Le Pré Vert et la Tour de Heu, le GMP est de 645 à la date du 30 septembre 2014.

Enfin, à ces outils d'évaluation viendront s'ajouter la mise en place d'une démarche qualité avec la roue de Deming et résumé par le tableau ci-après :

Objectifs à atteindre	Activités et personnels en charge	Fréquence des évaluations	Amélioration de la qualité
<i>Maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles restantes</i>	Déploiement des IDE, AS, Ergothérapeute avec des activités comme l'atelier moteur, les jeux de coordination, l'atelier manuel, l'atelier créatif, l'atelier d'équilibre, l'atelier repas	Procédure de contrôle et de vérification suivant une: Evaluation annuelle: Enquête de satisfaction auprès des résidents affectés au PASA, et aux familles de ces résidents Evaluation semestrielle: Recueil des éventuelles doléances par un référent famille Evaluation journalière:	Définition des points d'ajustement à travers: - l'analyse des forces et faiblesses par la direction - la redéfinition de la qualité de service au niveau du CVS - le recueil des attentes des résidents à travers le groupe de parole
<i>Maintenir ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes</i>	Déploiement des IDE, AS dans la mise en œuvre des activités comme, l'atelier de langage, la thérapie de la reminiscence, les jeux de stimulation mémoire	• Fiche de suivi du comportement des résidents affectés au PASA • Fiche de suivi de la	
<i>Mobiliser les fonctions sensorielles</i>	Déploiement des ASL, AS, Médecin gériatre coordonnateur dans les activités comme, l'atelier culinaire, l'atelier	consommation médicamenteuse • Capacité de remplacement des activités en cas de désistement	

	bien-être, la Relaxation; l'atelier musical, l'atelier aromathérapie		
<i>Maintenir le lien social</i>	Déploiement des IDE, AS, psychologue dans les activités comme, l'art thérapie, l'atelier jeux de société, l'atelier lecture, l'atelier culinaire, l'atelier revue de presse		

B-2 Les financements

B-2.1 Financement de la structure

Le projet se porte sur une extension au niveau 1 de la résidence par véranda, avec ossature en bois, qui permettra d'alléger la structure à supporter sur la terrasse, un réaménagement des locaux existants avec la disponibilité d'une cloison (office+2 salles d'activités+douche et toilettes). La terrasse sera également aménagée de sorte qu'elle soit bien sécurisée. Par ailleurs, afin de ne pas impacter sur le prix de la journée, l'ensemble du projet fera l'objet d'une demande de financement au niveau du CNR ou crédit non renouvelable et réparti comme suit, travaux estimés à 180 000 € + aménagement 12 000 € + ESPACE snoezelen 30000.

D'autres dispositifs existent tels que le PIA ou plan d'aide à l'investissement. Toutefois, pour cette année 2014 et pour la région lorraine, il est principalement axé sur les demandes de réhabilitation de biens dits « insalubres » et/ou fortement dégradés. En cas de refus de financement, il y a une possibilité de prise en charge par le propriétaire du bâtiment ou encore par la communauté des communes. Néanmoins, la contrepartie en sera l'augmentation du loyer et ainsi, l'augmentation logique du prix de la journée d'un résident. En outre, l'impact de l'augmentation du loyer n'est à ce jour qu'une estimation faite en fonction de l'augmentation de la surface exploitée. Une surface qui est actuellement de 4000 m² exploitée pour un loyer annuel de 195 753 €, soit un rapport en mètre carré de 48,94 €/m²/an. Ainsi, pour une extension de 80 m², on estime une augmentation du loyer de 3195,20 €/an. Et sur une base de 83 résidents, le rapport serait de 0,13 €/jour/résident d'augmentation du prix journalier.

Pour ce qui est de la prévision d'intégration d'une UHR au niveau de l'établissement, force est de constater que dans le cas actuel, les difficultés économique de la région ne peut assurer la prise en charge entière du projet. Aussi, suivant l'appel à candidature de l'ARS de la région, le financement ne correspond qu'à une valeur forfaitaire de 40 000 euros, en vue du financement du personnel soignant chargé de la rééducation, comme l'ergothérapeute.

B-2.2 Financement des aménagements

Pour ce qui est du projet d'aménagement du PASA, il se porte sur une salle Office permettant la prise en charge des repas et du goûter sous forme de self-service à table. Le choix s'est ainsi, porté sur des tables simples, mobiles et ergonomiques permettant de moduler la salle Office, mais aussi, les salles d'activités, selon les besoins. Également, on prévoit l'aménagement d'une petite cuisine équipée permettant de pratiquer des ateliers cuisine, mais aussi afin d'avoir une cuisine « comme à la maison ». Les résidents auront ainsi leurs vaisselles au sein du pôle (lavés et rangés sur place par eux-mêmes). Par la suite, le projet mettra en avant L'aménagement nécessaire des salles d'activités ainsi qu'une terrasse aménagée permettant des activités et prises de goûters en plein air. Pour ce qui est du financement, dans un premier temps, il se portera comme sur le financement de la structure avec une demande globale qui sera faite au niveau du CNR. Toutefois, en cas de refus, l'intégralité de l'aménagement sera supportée par les résultats de la section « hébergement », de l'exercice précédent. A cet effet, le dispositif PASA pourra être présenté aux partenaires tels que les banques, les pharmacies ou encore les laboratoires et autres. Ce dernier, en vue de solliciter leur participation dans la mise en place du projet.

B-2.3 Financement des ressources humaines

Le tableau ci-après montre la répartition des effectifs :

ETP	Effectifs actuels dédiés au PASA	Effectifs dédiés supplémentaires dont la création est sollicitée	Effectifs dédiés cible

Psychomotricien / Ergothérapeute		0,10	0,10
AS/AMP (futurs assistants de soins en gériatrie)	0,5	1,5	2
Psychologue		0,10	0,10
TOTAL	0,5	1,7	2,2
Ratio soignant	0,04 ETP/ Place	0,12 ETP / Place	0,16ETP/ Place

Ainsi, les besoins sont de 2.2 ETP à raison d'une amplitude de 7H/Jour – 5jours par semaine.

2,2 ETP d' ASG chargé = 75729,50€ - 100% en charge sur la section « SOINS »

0,10 Ergothérapeute/ Psychomotricien chargé = 4021,12€

0,10 Psychologue chargé = 4782€ - Non financé par l'ARS – poste à redéployer à l'interne

75 729,50 + 4021,12 = 79750,62 € - 63798€ FINANCEMENT ARS pour 14 PLACES= 15 952,62€ à redéployer en interne.

Soit redéploiement interne = $15\,952.62\text{€} / 34\,422.50 = 0.46$ SOIT **0.5 ETP D'ASG**

REDEPLOIEMENT INTERNE=

0.10 ETP PSYCHOLOGUE + 0.5 ETP ASG + MEDEC + IDEC
--

Conclusion B

Une bonne organisation est nécessaire dans n'importe quelle structure afin d'optimiser la réalisation des activités et en vue d'atteindre les objectifs fixés par les projets individuels élaborés pour chacun des résidents.

En effet, en visant l'extension de l'établissement Le Pré Vert pour permettre une prise en charge optimale des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, la création d'un PASA demande, une ressource adaptée au contexte environnemental, mais aussi, des compétences humaines optimales.

Il est ainsi, indispensable de renforcer les ressources humaines que ce soit en termes d'effectif, de compétence ou encore de spécialité. Et pour ce faire, le personnel affecté et déployé au niveau du pôle devra être formé efficacement afin d'assurer l'accompagnement des résidents. La présence de personnel spécifique comme, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice ou encore l'ergothérapeute ou les aides soignants renforcera l'organisation et la réalisation des activités d'accompagnement et des projets individuels de chaque résident.

Par ailleurs, la gestion du PASA suppose la mise en place de procédures managériales, demandant une organisation et une gestion efficace du personnel ainsi que des diverses activités au sein du pôle qui soient adaptées pour chaque résident. Ces activités feront l'objet

d'une évaluation ponctuelle et une transmission d'informations optimale, afin de permettre un suivi efficace des patients, de leurs états ainsi que des activités qui leur sont assignées.

Tout ce processus et procédure permettra de faire fonctionner à bon escient le pôle dédié à la prise en charge des maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées et optimisera l'accompagnement personnalisé de chaque résident, mais demande un financement adapté et adéquat pour permettre à la structure de durer et de se viabiliser.

CONCLUSION GENERALE

Ce mémoire met en évidence le bien-fondé d'une demande d'extension capacitaire de la Résidence le Pré Vert. Les données statistiques d'activité comme les données démographiques du secteur le confirment.

L'agrandissement de l'établissement entend ainsi répondre aux demandes d'entrées émanant d'une population « de plus en plus vieillissante », et entend répondre aux besoins des personnes « psychiquement dépendantes ».

En tout état de cause, le repositionnement de la Résidence le Pré Vert permettra d'accueillir dans de meilleures conditions les résidents actuels et ceux à venir. En effet, les effets et les impacts des maladies à troubles cognitives et fonctionnelles, mettant en danger les comportements d'un individu en âge avancé, le mettent dans une situation catégorisée de dépendante d'autrui. À cet égard, ces personnes ont besoin d'un accompagnement optimal afin de ne pas être des charges pour leurs familles, mais aussi, pour qu'elles puissent s'affirmer et avoir un peu d'estime de soi et se sentir en sécurité durant leur période de fin de vie. Les appuis et les accompagnements de ces personnes devront ainsi, se définir le plus spécifiquement possible.

Par ailleurs, force est de constater que dans le contexte actuel, les troubles présentés par ces personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées sont, déjà dans un stade sévère durant leurs intégrations dans les structures spécialisées et le caractère urgent des malades engage les aidant et le personnel médical à des alternatives et des appuis d'urgence, manque de moyens structurels, organisationnels et en ressources humaines optimales.

Outre, en France, selon le Docteur Hovasse³⁷ et l'ANESM, la principale raison d'intégration des personnes âgées dans les établissements de retraite médicalisés revient surtout au cas de l'Alzheimer et des maladies apparentées.

C'est à travers ce contexte qu'il revient de soulever l'utilité de l'optimisation d'un PASA dans la structure organisationnelle de la résidence Le Pré Vert en vue de résoudre les problèmes de désorientation, d'errance et les troubles comportementaux constatés chez les malades d'Alzheimer, causant des perturbations et des états d'anxiété chez les autres résidents, mais aussi, pour limiter les troubles psychologiques des membres de la famille, quand ces derniers sont encore logés dans le domicile familiale.

Ainsi, le projet de création de PASA permettra de mettre en valeur les objectifs fixés afin de permettre une amélioration de l'offre de service et afin de valoriser les actions à entreprendre, tant au niveau des résidents, à travers des projets individualisés, que dans une meilleure implication des aidants et de la famille, dans l'accompagnement des malades. Ainsi, c'est suivant la mise en œuvre,

³⁷ Hovasse E. du domicile à l'institution : pourquoi, quand, où, comment ? la revue de la gériatrie, mars 2004, supplément B au tome 29, n°3, pp5-7

l'installation et la mise en application de ce projet que nous pouvons nous assurer d'une meilleure prise en charge des résidents que nous devons prendre en charge, dans un principe de bien-être et de bientraitance pour tous. En effet, les critères de vulnérabilité des malades d'Alzheimer et des maladies apparentées nous engage à des principes éthiques qui considèrent l'optimisation de la dignité humaine. Cette devra ainsi, se relier tant au niveau des compétences du personnel aidant, que dans la disponibilité d'un service adapté pour la prise en charge. À cet égard, le personnel doit avoir accès à des formations adéquates et avoir les connaissances nécessaires pour accompagner efficacement les résidents, mais aussi, que l'établissement doit disposer d'une équipe compétente et adaptée pour s'assurer de l'effectivité des actions et des activités.

En outre, avec la rédaction de ce projet de création de PASA au sein de la résidence Le Pré Vert, notre objectif est de contribuer à donner une dignité et un respect à la valeur humaine, pour le malade d'Alzheimer et ainsi, de donner un nouveau regard sur les relations entre le soignant et le soigné en vue de rassurer ce dernier à travers une image positive octroyée par les soins et les accompagnements optimaux, disponibles dans une structure adaptée et répondant aux attentes des résidents.

Cette disposition peut ainsi apporter une réponse favorable aux besoins des malades et de sa famille. Mais aussi, avec le partenariat et l'évolution dans le système de gestion de l'établissement, d'autres missions sont à favoriser pour répondre aux besoins du département. En effet, avec les diverses activités octroyées depuis des années, par l'établissement, il répond à l'évolution des besoins de la population locale et se voit comme un partenaire incontournable dans la mise en œuvre des actions d'aide sociale pour une population mosellane, de plus en plus vieillissante.

Enfin, afin de permettre une meilleure prise en charge des résidents présentant des troubles sévères et pour continuer les activités dans l'esprit de diversification du service octroyé au sein de l'établissement, comme l'extension est toujours possible au sein de la structure, il serait optimal d'exploiter cette dernière à travers l'intégration d'une UHR, suivant les besoins de la région, au sein de la résidence. En effet, malgré que cette région priorise la construction d'UHR sanitaire au lieu de structure médico-social, il est à constater

que les résidents intégrant les structures UHR, y restent jusqu'à leur fin de vie, généralement. Ainsi, ils nécessitent un accompagnement optimal et continu.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 2002, Dr SPIVAC, Hôpital Broca, Circulaire du 18 mars 2002, Plan solidarité grand âge, Plans Alzheimer, Filières et réseaux de gériatrie
- 2004, Hovasse E. du domicile à l'institution : pourquoi, quand, où, comment ? la revue de la gériatrie, mars 2004, supplément B au tome 29, n°3, pp5-7
- 2012, Chrystel Dufaut, Créer une unité dédiée Alzheimer au sein d'un Ehpad pour personnaliser le parcours des personnes âgées dépendantes
- 2011, Nathalie Destais, Vincent Ruol, Michel Thierry, financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), évaluation de l'option tarifaire dite globale
- 2009, Hélène VULSER, la psychiatrie de liaison : définition, historique, objectifs, organisation et principes de fonctionnement, exemples d'interventions de la psychiatrie à l'hôpital général et spécificités
- 2011, ARS, création d'unités adaptées pour les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, Présentation du dispositif des PASA et UHR

- 2012, ARS, Priorités de gestion de risque, qualité et efficience des soins en Ehpad, Réunion locale d'échanges sur les personnes âgées dépendantes
- 2009, Haute autorité de santé, recommandations de bonne pratique, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles comportementaux perturbateurs
- 2013, CHRU Brest, S. Quéré, A. Le Menne, J.D. Dewitte, S. Kermarrec, fiche de poste, Psychologue au service des personnels exerçant dans les Ehpad des établissements au sein de la direction commune de CHRU
- 2012, Côte sauvage-site de Croisic, Règlement intérieur pôle d'activité et de soins adaptés
- Direction générale de l'action sociale, cahier des charges relatifs aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en Epad et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement
- 2012, Centre de santé et de services sociaux, service gériatopsychiatrie, guide pour les proches aidants et les intervenants, problèmes rencontrés dans la maladie d'Alzheimer
- 2008, ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, les attentes de la personne et le projet personnalisé
- 2009, ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social
- 2000, Mobiquat, promotion de l'amélioration des pratiques professionnelles, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, outil d'évaluation NPI-ES
- 2014, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, NPI-ES, critères d'admissibilité des malades d'Alzheimer ou apparentées PASA ou UHR

- 2011, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Stéphanie Pin et Pierre Arwidson, pratiques et perceptions des aidants professionnels dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, synthèse de l'étude qualitative sur les aidants professionnels (EQAP)
- ARS Lorraine, Projet révision du PRIAC Lorraine 2014, annexe 1, secteur personnes âgées
- 2014, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, guide formation PATHOS
- 2013, KPMG, observatoire des Ehpad
- 2008, ANESM, Eléments de contexte, recommandation de bonnes pratiques professionnelles, qualité de service en Ehpad (volet 3), la vie sociale des résidents en Ehpad
- 2010, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Secrétariat d'Etat chargé des aînées, journée nationale d'information organisée par la direction générale de la cohésion sociale, pôles d'activité et de soins adaptés et unités d'hébergement renforcées dans les Ehpad
- 2014, KPMG, observatoire des Ehpad, gestionnaire d'Ehpad, entre contraintes et opportunités
- 2011, Groupe n°11 M.Biseau, A.Cabaret, M.Girriet, C. Heugue, M. Nourisson, N. Renard, C. Stenger, J.Verri, les proches et les aidants des personnes âgées dépendantes, quelles conséquences sur leur vie ? quels accompagnements et soutiens possibles ?
- 2002, Sophie Pasquier, l'évaluation de la satisfaction des résidents en Ehpad : pour une meilleure prise en compte de leurs attentes
- Amine Ezzerouali, Hiérarchisation des attentes des parties prenantes : le cas d'une unité de soins Alzheimer (Ehpad)
- 2012, ANESM, qualité de vie en Ehpad (volet 4), l'accompagnement personnalisé de la santé du résident

- 2014, la revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, les recommandations de la CCCDTD3 sur la démence, les répercussions sur les centres de soins prolongés
- 2008, société Alzheimer du Canada, Evolution de la maladie d'Alzheimer : le stade modéré

INDEX DES TABLEAUX-SCHEMAS-GRAPHIQUES

INDEX DES ANNEXES

LES ANNEXES ELLES MEMES

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

CREATION D'UN PASA AU SEIN DE LA RESIDENCE « LE PRE VERT »

I

<i>Un enjeu pour la population vieillissante de la Moselle.</i>	1
REMERCIEMENTS	2
RESUME:	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION GENERALE:	5
<i>PREMIERE PARTIE:</i>	8
<i>“LE BIEN ETRE” POUR TOUS A LA RESIDENCE LE PRE VERT</i>	8
<i>ANALYSE DIAGNOSTIC DU POSITIONNEMENT OFFRE/DEMANDE.</i>	8
<i>INTRODUCTION 1^{ère} partie</i>	8
PARTIE A:	9
<i>Analyse et diagnostic des forces et faiblesses de la résidence « LE PRE VERT »</i>	9
Introduction de la partie A.....	9
<i>A-1 Analyse de l’offre actuelle : Etat des lieux au sein de la résidence « Le pré vert »</i>	10
A-1.1 La vision d’une structure qui inspire	10
A-1.1.1 Le cadre architecturale.....	10
A-1.1.2 La capacité d’accueil.....	10
A-1.2 La logistique	10
A-1.2.1 L’hébergement.....	10

A-1.2.2 La restauration.....	10
A-1.2.3 Les soins.....	10
A-1.2.4 L'animation.....	10
A-1.3 Les ressources humaines (qualitatifs et quantitatifs)	10
A1-3.1 Organisation et compétences.....	10
A1-3.2 Répartition financière sur les trois sections tarifaires.....	10
A-1.4 Les modes de prises en charge	10
A-1.4.1 Hébergement.....	10
A-1.4.2 Hébergement temporaires.....	10
<i>A-2 Analyse de la demande « L'attente et les besoins des résidents »</i>	<i>10</i>
A-2.1 La population accueillie	10
A-2.1.1 Le besoin de prise en charge de la dépendance.....	10
A-2.1.2 Le besoin de prise en charge du soin.....	10
A-2.2 Les besoins relatés au niveau des résidents	10
A-2.2.1 Les besoins exprimés.....	10
A-2.2.2 Les besoins non exprimés.....	10
A-2.3 Le projet personnalisé	10
A-2.4 Le Conseil de la Vie Sociale	10

Conclusion A.....	10
PARTIE B:	11
<i>Analyse et diagnostic des opportunités et menaces de la résidence « Le pré vert ».</i>	<i>11</i>
Introduction de la partie B.....	11
<i>B-1 Analyse de la demande « Les besoins face à l'évolution de la dépendance »</i>	<i>11</i>
B-1.1 L'évolution démographique	11
B-1.1.1 La population « profil en Moselle ».....	11
B-1.1.2 La demande à ce jour.....	11
B-1.1.3 Prospective et statistiques.....	11
B-1.2 La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées au sein de la résidence « Le pré vert ».	11
B-1.2.1 La maladie d'Alzheimer.....	11
B-1.2.2 Les dégénérescences fronto-temporales.....	11
B-1.2.3 La maladie à corps de Lewy.....	11
B-1.3 Le constat sur l'évolution de la maladie	11
B-1.3.1 Les comportements modérés.....	11
B-1.3.2 Les comportements sévères.....	11
B-1.4 Les répercussions psychologiques de la maladie	11
B-1.4.1 Les répercussions sur la famille.....	11

B-1.4.2 Les répercussions sur les autres résidents.....	11
B-1.4.3 Les répercussions sur le personnel de la résidence.....	11
B-1.5 Les partenaires.....	12
B-1.5.1 Les liaisons psychiatriques.....	12
B-1.5.2 Les Unités Cognitivo-comportementale.....	12
B-1.5.3 Unités de soins longue durée.....	12
B-1.5.4 Structures de coordinations gériatriques.....	12
<i>B-2 Analyse de l'offre : L'évolution du marché et le poids des pouvoir public.</i>	<i>12</i>
B-2.1 L'analyse de la concurrence.....	12
B-2.1.1 La concurrence direct.....	12
B-2.1.2 La concurrence indirect.....	12
B-2.2 Le positionnement par la politique de PRIX.....	12
B-2.2.1 Les autorités de tarifications.....	12
B-2.3 La légitimité face aux missions.....	12
B-2.3.1 Les partenaires institutionnelles.....	12
B-2.3.2 L'image de la résidence.....	12
B-2.5 La loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.....	12
B-2.5.1 Les outils.....	12

B-2.5.2 Le résident au cœur du dispositif.....	12	
B-2.6 La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » - Les régulateurs	12	
B-2.6.1 Plan ALZHEIMER 2008-2012.....	12	
B-2.6.2 Plan ALZHEIMER 2012-2016.....	12	
B-2.7. Les dispositifs de prise en charges des résidents atteints de la maladie		d'Alzheimer ou maladies apparentées. 12
B-2.7.1 Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés.....	12	
B-2.7.2 Les Unités d'Hébergements renforcées.....	12	
B-2.7.3 Les Unités de Vies Protégées.....	12	
B-2.8 Les alternatives non médicamenteuses de prise en charge	12	
Conclusion B.....	12	
Conclusion 1 ^{ère} partie.....	12	
LE DIAMANT DE MARCHESNAY de L'AMAPA	13	
SWOT	14	

DEUXIEME PARTIE:	15
“REPONSE” AUX BESOINS SPECIFIQUES D’AMELIORATION DE L’EXISTANT.	15
CREATION D’UN PÔLE D’ACTIVITE ET DE SOIN ADAPTE ET PROSPECTIVE SUR LES FUTURS BESOINS DES RESIDENTS.	15
INTRODUCTION 2 ^{ème} partie	15
PARTIE A :	16
« Le projet », de la réglementation à la mise en œuvre.	16
Introduction A.....	16
<i>A-1 Création du pôle d’activités et de soins adaptés</i>	16
A-1.1 La réglementation et les recommandations	16
A-1.1.1 L’appel à projet.....	16
A-1.1.2 Méthodologie de mise en œuvre.....	17
A-1.1.3 La circulaire DGAS du 6 Juillet 2009.....	18
A-1.1.4 Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.....	18

A-1.2 Orientations stratégique	18
A-1.2.1 Le foncier disponible.....	18
A-1.2.2 Les variantes envisageables.....	18
A-1.3 Les coûts	18
A-1.3.1 Variante 1.....	18
A-1.3.2 Variante 2.....	18
A-1.3.3 Variante 3.....	18
<i>A-2 Accompagnement personnalisé des résidents</i>	<i>19</i>
A-2.1 La population éligible	19
A-2.1.1 La grille NPIES.....	19
A-2.1.2 Le choix de l'admission des résidents.....	19
A-2.1.3 Le rôle de la participation des familles.....	19
A-2.2 Le projet de vie	19
A-2.2.1 Le projet individuel.....	19
A-2.2.2 Les activités à effets thérapeutiques.....	19
A-2.2.3 La valorisation des besoins en activités (qualitatif et quantitatif).....	19

PARTIE B :	20
<i>L'Organisation et le management de la nouvelle structure.</i>	<i>20</i>
Introduction B.....	20
<i>B-1 Les ressources Humaines</i>	<i>20</i>
B-1.1 Les ressources existantes	20
B-1.1.1 Les formations nécessaire.....	20
B-1.1.2 Stratégie de redéploiement.....	20
B-1.2 Les ressources supplémentaires	20
B-1.2.1 Les métiers.....	20
B-1.2.2 Les compétences exigées.....	20
B-1.3 L'organisation du PASA	20
B-1.3.1 Les horaires d'ouverture du PASA.....	20
B-1.3.2 Plannings des équipes.....	20
B-1.3.3 Planification des activités.....	20
B-1.4 Démarche d'évaluation continue	20
B-1.4.1 Les outils.....	20
B-1.4.2 Les indicateurs de suivis.....	20

<i>B-2 Les financements</i>	20
B-2.1 Financement de la structure	20
B-2.2 Financement des aménagements	20
B-2.3 Financement des ressources humaines	20
Conclusion B.....	20
Conclusion 2 ^{ème} partie.....	20
CONCLUSION GENERALE	21
<i>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>	22
<i>INDEX DES TABLEAUX-SCHEMAS-GRAPHIQUES</i>	22
<i>INDEX DES ANNEXES</i>	22
<i>LES ANNEXES ELLES MEMES</i>	22
<i>TABLE DES MATIERES</i>	22

