

# PROJET D'ÉTABLISSEMENT

2015 - 2019



## EHPAD INTERCOMMUNAL Les Fraxinelles

21 rue des Fraxinelles - 68750 BERGHEIM

☎ 03.89.73.63.39 - 📠 03.89.73.71.43

✉ [administration@ehpad-bergheim.fr](mailto:administration@ehpad-bergheim.fr)

## Sommaire

PREAMBULE .....	5
1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT .....	6
1.1. HISTORIQUE .....	6
1.2. SITUATION GEOGRAPHIQUE.....	7
1.3. FICHE D'IDENTIFICATION .....	8
1.4. ELEMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITES .....	9
1.5. CAPACITE .....	10
1.6. DESCRIPTION DES LOCAUX .....	11
1.7. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE (AVRIL 2015) .....	12
2. RESSOURCES HUMAINES .....	14
2.1. L'ORGANIGRAMME.....	14
2.2. EFFECTIFS EN 2015.....	15
2.3. ABSENTEISME.....	16
2.4. MOYENNE D'AGE .....	16
2.5. ANCIENNETE .....	16
2.6. DEPARTS PREVISIONNELS A LA RETRAITE .....	16
2.7. LE MANAGEMENT .....	17
2.8. LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION.....	17
2.9. L'ENTRETIEN D'EVALUATION PROFESSIONNEL .....	18
2.10. LA FORMATION.....	18
2.11. LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) .....	19
2.12. LES RISQUES PROFESSIONNELS .....	20
2.13. LES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX : LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DU PERSONNEL .....	20
2.14. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES .....	21
2.15. ACCUEIL ET INTEGRATION DU PERSONNEL ET DES STAGIAIRES .....	22
3. LE PROJET DE VIE .....	22
3.1. INTRODUCTION .....	22
3.2. LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE, DE LA QUALITE DE VIE ET DE LA SANTE (OBJECTIFS PRINCIPAUX DE L'ACCOMPAGNEMENT).....	23
3.3. LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT .....	23
3.4. LA GARANTIE DES DROITS ET LA PARTICIPATION (GESTION DES PARADOXES) .....	24

3.5.	LA SPECIFICATION DES OBJECTIFS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT .....	24
3.5.1.	Le respect de l'intimité et la vie privée .....	24
3.5.2.	Le résident au sein de la vie collective .....	25
3.6.	L'ACCUEIL .....	25
3.6.1.	Organisation de l'accueil .....	26
3.7.	LES PRESTATIONS LOGISTIQUES.....	28
3.7.1.	La restauration .....	28
3.7.2.	L'entretien des locaux .....	30
4.	LE PROJET D'ANIMATION.....	32
4.1.	INTRODUCTION .....	32
4.2.	DEFINITION DE L'ANIMATION .....	33
4.3.	DEFINITION DE L'ANIMATION EN EHPAD, AU PASA ET A L'UVP.....	33
4.4.	LES ACTIVITES .....	34
4.5.	L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT.....	36
4.6.	LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION.....	36
4.7.	L'ANIMATION EN UNITE DE VIE PROTEGEE .....	37
4.8.	L'ANIMATION AU PASA.....	40
5.	LE PROJET MEDICAL ET LE PROJET DE SOINS .....	42
5.1.	L'ORGANISATION DES SOINS.....	42
5.1.1.	Principes généraux .....	42
5.1.2.	Continuité des soins.....	42
5.1.3.	Le dossier du résident.....	45
5.1.4.	Les locaux de soins.....	45
5.1.5.	Les transmissions .....	45
5.1.6.	L'organisation des soins.....	46
5.1.7.	Le recours à l'hospitalisation et soins externes .....	46
5.1.8.	Le circuit du médicament et le livret thérapeutique. ....	46
5.2.	OBJECTIFS DES SOINS .....	47
5.2.1.	Conservation de l'autonomie physique .....	48
5.2.2.	Prévention.....	49
5.2.3.	Les relations extérieures et le travail en réseau .....	56
6.	LE POLE D'ACTIVITE DE SOINS ADAPTES (PASA) DE L'EHPAD .....	58
6.1.	INTRODUCTION .....	58
6.2.	STRUCTURE ARCHITECTURALE .....	58
6.2.1.	Les locaux disponibles .....	58

6.2.2.	Usage et confort des locaux.....	58
6.2.3.	Sécurités et orientation .....	59
6.3.	ACCUEIL DES RESIDENTS.....	59
6.3.1.	Population accueillie .....	59
6.3.2.	Critères d'inclusion.....	59
6.3.3.	Critères de sortie.....	60
6.4.	PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT.....	60
6.4.1.	Projet de vie .....	60
6.4.2.	Objectifs spécifiques du PASA.....	60
6.4.3.	Spécificité des intervenants au PASA .....	60
6.5.	MODALITES DE FONCTIONNEMENT DU PASA.....	62
6.5.1.	Organisation du service .....	62
6.5.2.	Déroulement type d'une journée .....	62
6.5.3.	Planning des activités et objectifs généraux.....	63
6.6.	PARTICIPATION DES FAMILLES .....	67
7.	L'UNITE DE VIE PROTEGEE (UVP) DE L'EHPAD.....	67
7.1.	INTRODUCTION .....	67
7.2.	STRUCTURE ARCHITECTURALE .....	67
7.3.	POPULATION ACCUEILLIE : .....	68
7.3.1.	Les modalités d'admission : .....	68
7.3.2.	Les critères de sortie :.....	68
7.4.	PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT :.....	68
7.4.1.	Le projet de vie :.....	68
7.4.2.	Les objectifs spécifiques : .....	69
7.4.3.	Le personnel du service : .....	69
7.4.4.	Soins de base : Cf. chapitre le projet de soins .....	69
7.5.	MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE L'UVP :.....	70
7.5.1.	Une journée type à l'UVP :.....	70
7.5.2.	Le programme d'activités de l'UVP : .....	71
7.6.	LE ROLE DES FAMILLES ET DE L'ENTOURAGE DU RESIDENT :.....	71
8.	LA POLITIQUE QUALITE.....	72
8.1.	HISTORIQUE .....	72
8.2.	LES ENGAGEMENTS.....	72
8.3.	LES OBJECTIFS QUALITES .....	73
8.4.	LES OBJECTIFS RELATIFS A LA PREVENTION DES RISQUES.....	73

8.5.	RESPONSABILITE EN MATIERE DE QUALITE.....	73
8.5.1.	Organigramme hiérarchique.....	73
8.5.2.	Le fonctionnement opérationnel.....	74
8.5.3.	La prise en compte des besoins des résidents .....	75
8.5.4.	La gestion des risques .....	76
8.5.5.	Les résultats des évaluations interne et externe .....	76
8.5.6.	Les objectifs d'amélioration de la qualité et de la prévention des risques .....	78
9.	CONCLUSION .....	78
10.	BIBLIOGRAPHIE : RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES .....	79
	ANNEXE 1 : COMITÉ DE PILOTAGE - RÉACTUALISATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....	80

## Préambule

Le projet d'établissement de l'EHPAD « les Fraxinelles », Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes, est le fruit d'une réflexion collective, volontaire et d'une confrontation de points de vue concernant le mode de fonctionnement. Cette réflexion a été menée durant le premier semestre 2015 et présentée dans ce document avant la négociation pour le renouvellement de la convention tripartite 2016-2020. Avec la convention, le projet institutionnel est l'élément central de la politique menée par l'ensemble du personnel. Il adapte la prise en charge des résidents en fonction de l'évolution de leur dépendance, il fixe les orientations stratégiques de l'EHPAD pour les cinq années à venir. Cet outil réglementaire est incontournable pour le personnel de l'établissement et également l'instrument de négociation auprès des tutelles.

Pour envisager cette réflexion, un premier diagnostic a été réalisé au printemps 2012 permettant un premier état des lieux après la fusion des deux maisons de retraite de Bergheim et Saint Hippolyte, intervenue le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Suite à ce premier bilan, une réflexion a donc été engagée par les professionnels de l'établissement pour promouvoir un accompagnement identique des résidents sur les deux sites, le plus adapté possible en fonction des désirs et demandes de la personne. Pour ce faire, l'ensemble des équipes a souhaité développer en priorité le projet personnalisé. Celui-ci reprend les habitudes de vie, les aspirations, les goûts, la vie passée de la personne. Grâce à cet outil, les projets dits d'animation, de nutrition, de soins, le projet architectural en cours, en ont découlé. Ce projet a eu pour but de resserrer les liens entre les équipes grâce à un travail fait en interne, de penser ensemble le transfert dans le nouvel établissement, l'installation dans les nouveaux locaux, en conjuguant les besoins et désirs de chacun pour arriver à satisfaire au mieux les résidents.

Ce projet s'appuiera également sur les conclusions des évaluations interne et externe réalisées en 2013 et 2014 et développera plusieurs politiques institutionnelles :

- une politique stratégique de l'établissement dans le cadre du projet social ainsi que de l'amélioration de la démarche qualité et de la gestion des risques ;
- une politique de soins et de prise en charge des résidents au sein du projet de soins et du projet de vie ;
- une politique visant à l'amélioration de la qualité de vie des résidents dans le projet personnalisé individualisé ;
- et une politique pour la gestion des ressources humaines, dans l'amélioration des conditions de vie au travail, de communication et de complémentarité avec les partenaires extérieurs dans le cadre du projet social.

Rappelons que ce projet d'établissement 2015-2019 a pour finalité de répondre aux besoins des personnes âgées accueillies, aux attentes de l'environnement et des personnes extérieures.

## 1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

### 1.1. HISTORIQUE

Les maisons de retraite de Bergheim et Charles Bléger de St Hippolyte étaient des établissements d'accueil pour personnes âgées édifiées au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle.

Elles totalisaient 102 places installées et disposaient d'une capacité d'accueil autorisée pour 119 résidents.

Elles ont fait l'objet d'adaptations et d'extensions successives des locaux et ont été amenées à exploiter tout le potentiel bâti et foncier disponible des deux sites.

Leur conception architecturale, leur localisation, les caractéristiques des propriétés, l'organisation fonctionnelle des services et la configuration des locaux ont alors été analysées dans le cadre d'un diagnostic global des deux structures.

Cette étude a permis de déceler, au regard des normes édictées par le Conseil Départemental du Haut-Rhin, de nombreux dysfonctionnements et inadaptations aux besoins des résidents et du personnel.

Par ailleurs, l'impossibilité de mettre ces deux structures d'accueil aux normes départementales, dans le respect de la capacité d'accueil autorisée, a remis en cause la pérennité des deux maisons de retraite.

Ces constats ont conduit la direction et les deux Conseils d'Administration à engager une opération de construction d'un nouvel établissement de 120 lits sur un site vierge situé en secteur Est de Bergheim.

Ces deux établissements d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes (EHPAD) disposaient d'une direction commune.

En vue du projet de construction du nouvel EHPAD sur le site de Bergheim comprenant les deux établissements publics autonomes cités ci-dessus, les deux établissements ont fusionné en 2011 pour ne devenir qu'une seule entité juridique.



*La maison de retraite de Bergheim*

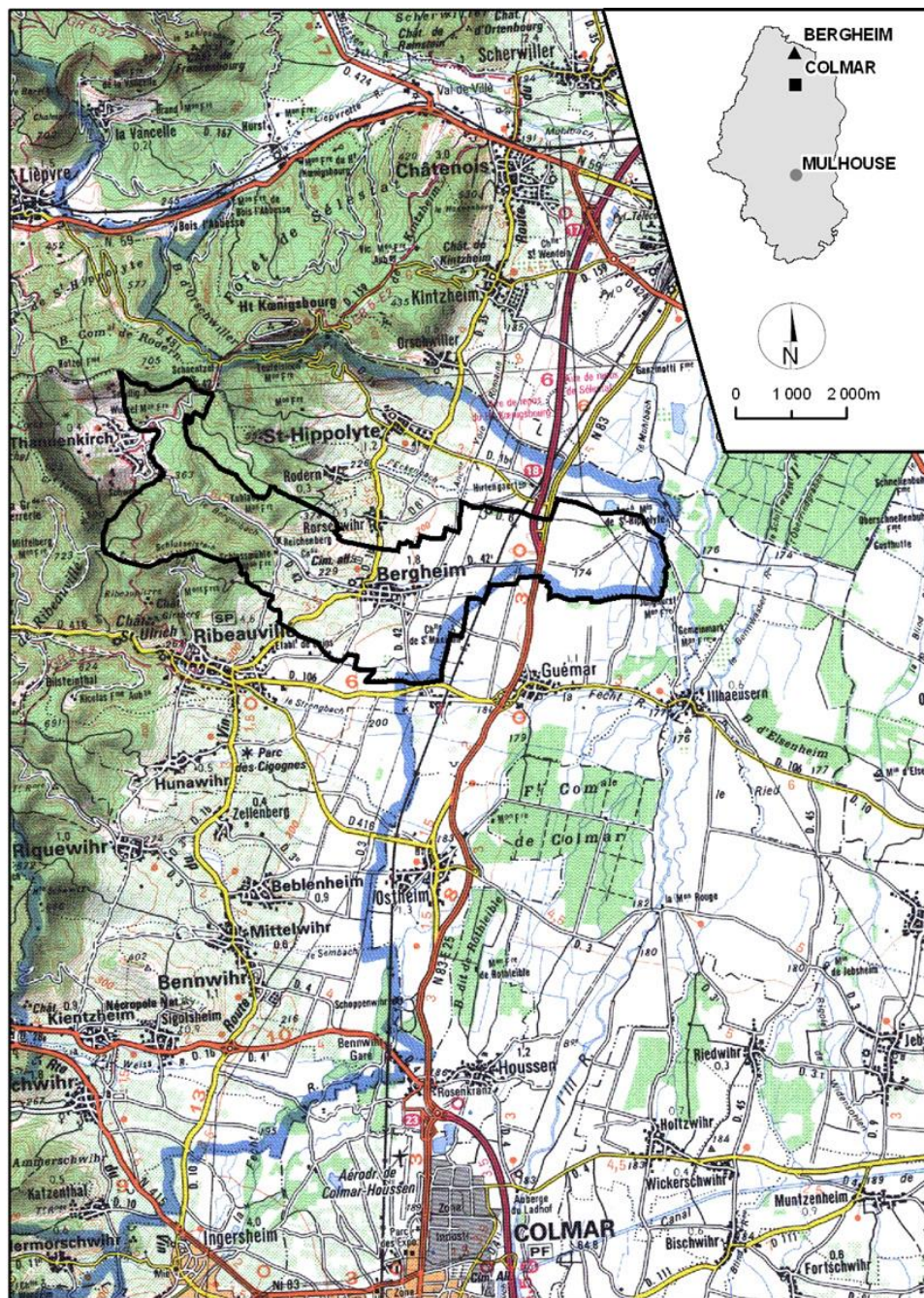


*La maison de retraite Charles Bléger  
de St. Hippolyte*



## 1.2. SITUATION GEOGRAPHIQUE

Ce nouvel établissement est implanté dans la commune de Bergheim, à 15 km de Colmar et à 10 km de Sélestat. La commune de Bergheim fait partie du canton de Ribeauvillé et s'inscrit dans le bassin de vie de Sainte-Marie-aux-Mines.



Le terrain alloué à l'opération de construction du nouvel établissement se localise à la frange Sud-Est de l'agglomération de Bergheim.





### 1.3. FICHE D'IDENTIFICATION

NOM de l'établissement	EHPAD les Fraxinelles
Raison sociale	Etablissement médico-social
Nature juridique	Etablissement Public Autonome
Code FINESS	680019015
Code SIRET	20002757100021
Adresse	21 rue des Fraxinelles 68750 BERGHEIM
Téléphone	03.89.73.63.39
Fax	03.89.73.71.43
Mail	<a href="mailto:administration@ehpad-bergheim.fr">administration@ehpad-bergheim.fr</a>
Site internet	
Président du Conseil d'Administration	Pierre BIHL Maire de Bergheim Vice-Président du Conseil Départemental du Haut-Rhin
Directrice	Corinne LOUIS
Identification du propriétaire des locaux	EHPAD les Fraxinelles de Bergheim

#### **1.4. ELEMENTS DE CADRAGE DES ACTIVITES**

- 01 janvier 2011 : fusion juridique des deux établissements de Bergheim et St Hippolyte.
- Août 2012 : Pose de la première pierre du nouvel établissement nommé « les Fraxinelles », nom d'une fleur protégée qui pousse sur la colline du Grasberg à Bergheim.
- Novembre 2014 : Déménagement des résidents des deux sites dans la nouvelle structure.

Les premières conventions tripartites ont été signées courant 2004 par chacun des établissements et ont fait l'objet d'un renouvellement en 2009.

Une nouvelle convention de renouvellement a été signée le 3 février 2011 suite à la fusion des deux EHPAD.

L'EHPAD a réalisé son évaluation interne en 2013 et externe en mai 2014.

Aujourd'hui, l'EHPAD « les Fraxinelles » peut accueillir 120 résidents en hébergement permanent et en chambre individuelle, dont 14 en unité spécifique pour personnes désorientées.

Il dispose en outre depuis février 2015 d'un Pôle d'activités et soins adaptés (PASA) de 14 places.

L'accueil des résidents se fait dorénavant au sein de 8 unités de 14 lits répartis sur deux étages. L'unité sécurisée et le PASA sont installés au RdC et disposent chacun d'une terrasse fermée et d'un jardin de déambulation.

#### **LES AUTORISATIONS :**

- Arrêté conjoint d'autorisation de création d'un EHPAD de 120 places par fusion de l'EHPAD de Bergheim et de l'EHPAD de St-Hippolyte du 30 novembre 2010
- Avis favorable pour la création d'un PASA dans le nouvel établissement par courrier de l'ARS le 23 février 2011
- Avis favorable de la Commission de Sécurité en date du 30 octobre 2014
- Attestation de vérification de l'accessibilité aux personnes handicapées en date du 4 novembre 2014
- Attestation de visite de conformité du 4/11/2014 pour l'ouverture du nouvel EHPAD de 120 lits à Bergheim signée conjointement par l'ARS Alsace et le Conseil Départemental du Haut-Rhin
- Arrêté du maire de Bergheim autorisant l'ouverture de l'EHPAD Intercommunal « les Fraxinelles » en date du 4 novembre 2014



Il convient également de souligner que les Fraxinelles sont habilitées à l'aide sociale pour l'ensemble des lits.

### 1.5. CAPACITE

Avant le 1<sup>er</sup> novembre 2014 : 102 lits

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2014 : 120 lits dont 14 lits en Unité de Vie Protégée

	2014	2013	2012
Nombre de journées	37 598	36 344	37 035
Taux d'occupation	98,10%	97,62%	99,20%

## 1.6. DESCRIPTION DES LOCAUX

*L'ensemble des locaux se répartit sur 3 niveaux et un sous-sol d'une capacité globale de 8 500 m².*

### Les espaces individuels

Les 120 lits sont répartis en 9 unités sur 3 niveaux :

**RdC :** 1 unité sécurisée de 14 lits pour personnes désorientées : les Hortensias

**1<sup>er</sup> étage :** 53 lits d'hébergement permanent se répartissant en 4 unités (Coquelicots - Boutons d'Or – Fougères – Bleuets) autour d'un patio

**2<sup>ème</sup> étage :** 53 lits d'hébergement permanent se répartissant en 4 unités (Freesias – Mimosas – Bambous – Lupins) autour d'un patio

Toutes les chambres mesurent 20 m² minimum et disposent d'un cabinet de toilette avec douche, lavabo et WC et sont équipées d'un lit à hauteur variable médicalisé.



### Les espaces collectifs

**RdC :** Salle d'activités ; lieu de recueillement ; coiffeur ; salon esthétique ; administration, cuisine, lingerie, atelier, cabinet médical et cabinet dentaire

**1<sup>er</sup> étage :** Pôle de soins (pansement – transmissions – médicaments)  
Salle à manger, locaux de rangement, toilettes, salle de bain collective

**2<sup>ème</sup> étage :** Salle de kinésithérapie, salle de pause  
Salle à manger, locaux de rangement, toilettes, salle de bain collective

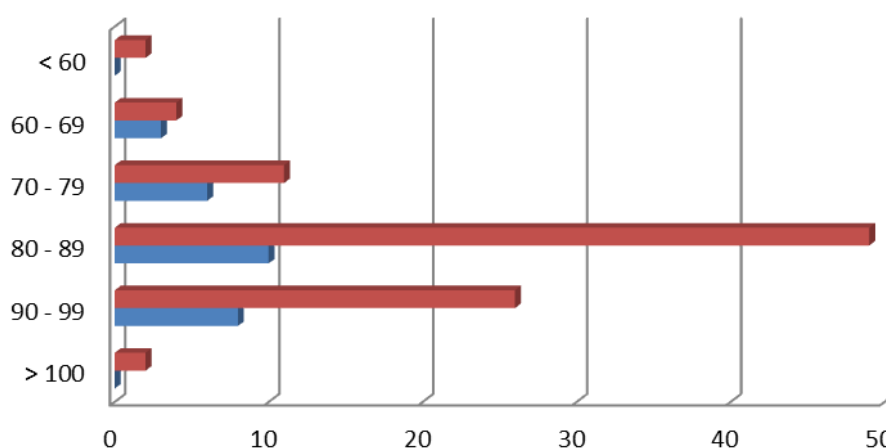
En outre au rez-de-chaussée, l'unité de vie protégée et le PASA disposent également d'une grande salle à manger, d'une salle d'activités, d'une cuisine thérapeutique, d'une salle de bain collective, d'un espace Snoezelen et de locaux de rangement. La salle de soins et l'office sont communs aux deux unités.



### 1.7. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ACCUEILLIE (AVRIL 2015)

Tranche d'âge	% de résidents	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	% d'hommes	% de femmes
> 100	2%	0	2	0%	100%
90 - 99	28%	8	26	24%	76%
80 - 89	48%	10	48	17%	83%
70 - 79	14%	6	11	35%	65%
60 - 69	6%	3	4	43%	57%
< 60	2%	0	2	0%	100%
<b>TOTAL</b>		<b>27</b>	<b>93</b>	<b>22,50%</b>	<b>77,5%</b>

**Pyramide des âges**



Il est à noter que 78% des résidents ont 80 ans ou plus.

Origines géographiques	
Haut-Rhin	97
Bas-Rhin	20
Territoire de Belfort	0
Vosges	0
Autres départements	3

dont : 59 du même canton que l'établissement  
30 d'un canton limitrophe  
8 d'un autre canton du département

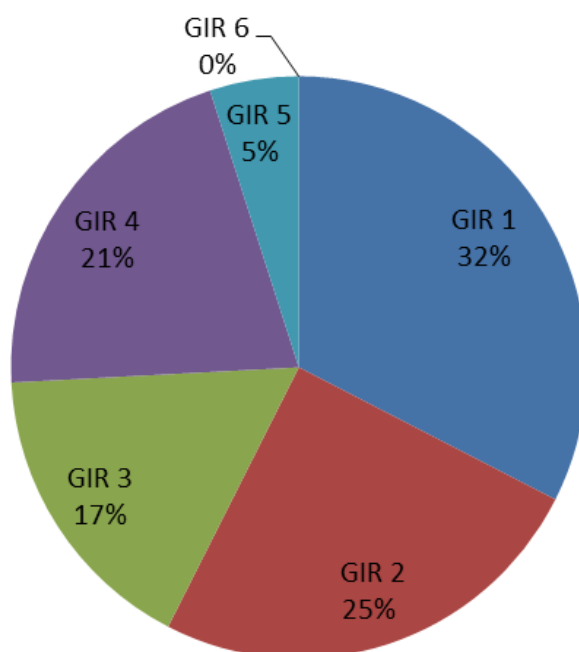


- Evolution du prix de journée à la charge du résident en EHPAD (hébergement + ticket modérateur)

Prix de journée	2011	2012	2013	2014	2015
	54,51 €	56,39 €	56,39 €	59,47 €	64,38 €

- Dépendance

2014	GIR1	GIR2	GIR3	GIR4	GIR5	GIR6
Nombre	39	30	20	25	6	0
Taux	32%	25%	17%	21%	5%	0%



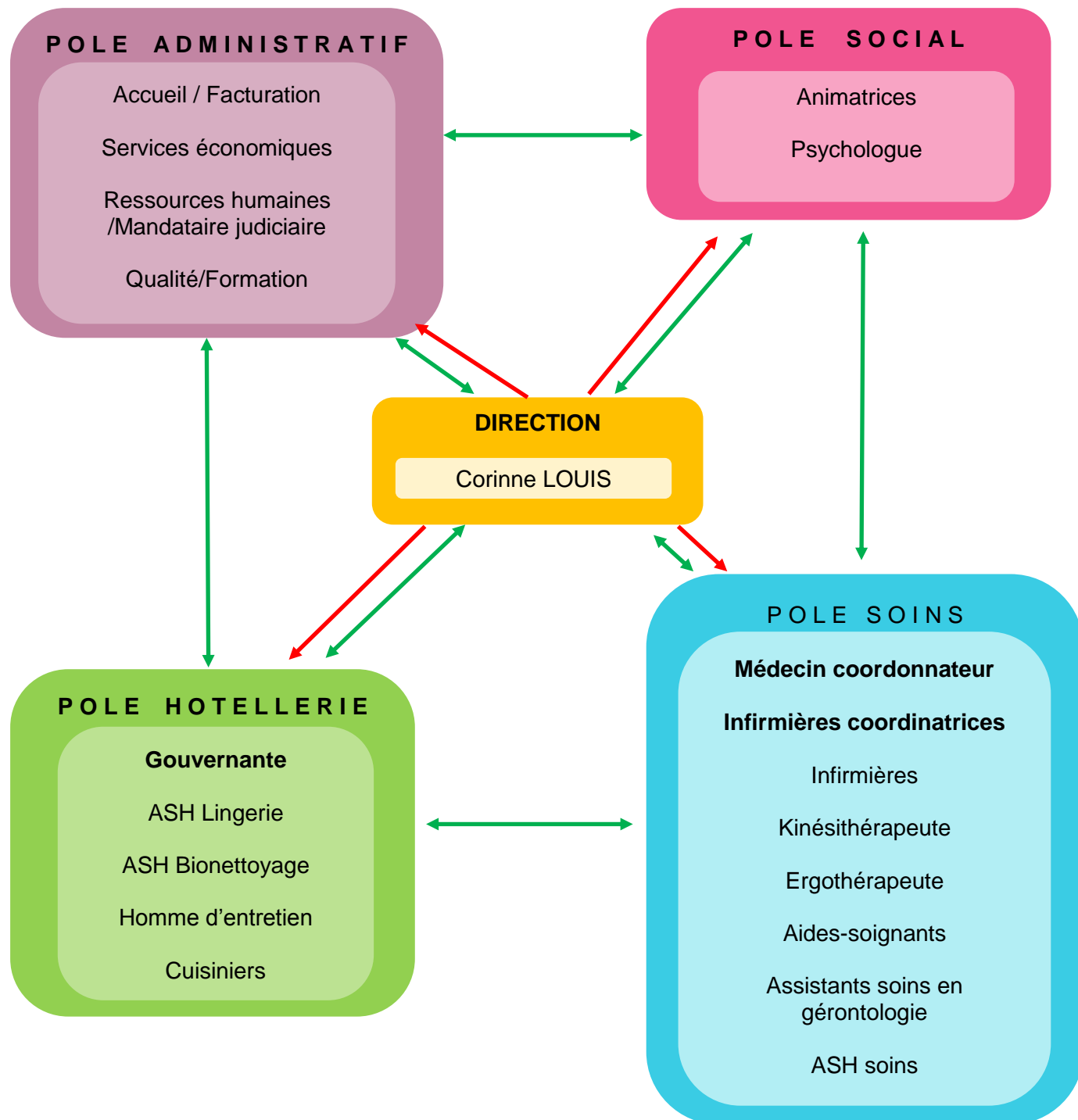
Evolution GMP						
GMP	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	628 (1) 739 (2)	647 (1) 689 (2)	711	745	746	745

(1) Chiffres de Saint-Hippolyte

(2) Chiffres de Bergheim

## 2. RESSOURCES HUMAINES

### 2.1. L'ORGANIGRAMME



## 2.2. EFFECTIFS EN 2015

Postes	Budgétés	Réels	Ratio/lits
Direction – Administration – Qualité – Mandataire judiciaire	5.25	4.8	
Services généraux – Cuisine – Diététicienne	9.25	9	
Animation	2	2	
Psychologue	0.6	0.8	
ASH (soins-restauration-lingerie-bionettoyage)	26	26.5	
<b>Sous-total non soignants</b>	<b>43.1</b>	<b>43.1</b>	<b>0.35</b>
Aide-soignant	22.25	22.55	
ASG	2	3.5	
Infirmier	9	8	
Ergothérapeute	0.7	1	
Psychomotricien	0.5	0	
Kinésithérapeute	0	0.6	
Médecin	0.8	0.8	
Remplacements	0	1	
<b>Sous-total soignants</b>	<b>35.25</b>	<b>37.45</b>	<b>0.31</b>
<b>TOTAL</b>	<b>78.35</b>	<b>80.55</b>	<b>0.67</b>

L'évolution des effectifs sera négociée lors du renouvellement de la convention tripartite avec le Conseil départemental du Haut-Rhin et Agence Régionale de Santé courant 2016.

Cette évolution devrait permettre à l'établissement d'orienter sa gestion des ressources humaines en fonction des objectifs choisis dans le projet d'établissement.

Cette gestion se décline au travers de :

L'adaptation des qualifications aux modes de prises en charge :

- poste de technicien supérieur pour la responsable qualité ;
- transformation de 4 postes d'ASH en 4 postes d'AS ;
- création de 2 postes d'ASG pour l'unité de vie protégée ;
- augmentation du temps de présence de la psychologue équivalent à 1 ETP.

### 2.3. ABSENTEISME

Nombre de jours arrêts	2012	2013	2014
Accidents du travail – maladie professionnelle	381	372	376
Maladie ordinaire	717	844	1503
Maternité	319	633	626
Autres			
<b>TOTAL</b>	<b>1417</b>	<b>1849</b>	<b>2505</b>

La hausse du nombre de jours d'arrêts en maladie ordinaire se justifie par deux longues absences pour maladie ordinaire, que le comité médical n'a pas requalifié en congé de longue maladie.

### 2.4. MOYENNE D'AGE

Age	<25 ans	25-35 ans	35-45 ans	45-55 ans	55-65 ans	Total
Femmes	12	24	20	25	2	83
Hommes		3	4	5	2	14
Taux	12	28	25	31	4	100
<b>AGE MOYEN EN 2014</b>				<b>39 ans</b>		

### 2.5. ANCIENNETE

Ancien neté	<1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-19 ans	>20 ans	Total
Nombre	19	20	21	15	14	89
Taux	21	22	24	17	16	100

### 2.6. DEPARTS PREVISIONNELS A LA RETRAITE

Année	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Nombre	2	0	3	3	2	10

## 2.7. LE MANAGEMENT

### L'encadrement :

- des deux unités d'hébergement permanent (106 lits) est assuré par une infirmière coordonnatrice
- de l'unité de vie protégée (14 lits), du pôle d'activités et de soins adaptés ainsi que de la cuisine et de l'équipe d'entretien est assuré, à mi-temps, par une autre infirmière coordonnatrice qui assume également les fonctions d'infirmière
- de la lingerie et de l'équipe de bionettoyage est assuré par la gouvernante
- du secteur administratif (ressources humaines, bureau des usagers, mandataire judiciaire, qualité, services économiques) est assuré par la directrice

Chaque catégorie professionnelle ou fonction dispose d'une fiche de poste, complétée d'un déroulement des tâches par secteur de travail.

## 2.8. LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION

Les instances représentatives du personnel (CTE, CHSCT, CAP) se réunissent de façon régulière dans le cadre de leurs attributions respectives. Elles sont l'occasion d'échanges, de dialogue et de communication.

Des réunions d'information sont également organisées au courant de l'année par la directrice. La grande participation du personnel à ces réunions est un outil de cohésion sociale et un levier de motivation. En outre, la directrice reste à la disposition de chaque agent pour tout problème particulier.

La mise en place d'un système intranet est un vecteur de circulation fluide et efficace de l'information pour l'ensemble du personnel.

Des enquêtes de satisfaction du personnel sont également réalisées tous les deux ans, les résultats sont affichés et discutés dans les instances, et suivies d'éventuelles actions.

Par ailleurs, afin de faciliter l'identification du personnel, des tenues de couleurs différentes selon le type de métier ont été instauré :

- jaune : infirmière
- blanc : aide-soignant et faisant-fonction
- verte : équipe ménage et blanchisserie
- violet : animatrice
- fuschia : gouvernante
- rose : ergothérapeute
- bleu : kinésithérapeute

Un organigramme avec des photos d'identité est diffusé sur le téléviseur à l'accueil.

Enfin, l'établissement est également soucieux de valoriser son image auprès de l'ensemble des partenaires. Il utilise à ce titre tous les supports adaptés aux besoins



de communication : journal interne, site internet, affichage, livret d'accueil, médias locaux.

## **2.9. L'ENTRETIEN D'EVALUATION PROFESSIONNEL**

L'évaluation du personnel est réalisée en entretien professionnel annuel avec le cadre responsable. Une grille d'entretien est complétée par les deux parties.

Chaque agent assure son auto-évaluation personnalisée, dresse son bilan de l'année écoulée et mesure l'atteinte ou non de ces objectifs pour réajuster et en déterminer de nouveaux pour l'année à venir avec son responsable hiérarchique.

Durant cet entretien, moment de dialogue et de motivation, l'agent et son encadrant identifieront les besoins en formation et prépareront la notation.

## **2.10. LA FORMATION**

L'évolution des techniques d'accompagnement et du profil des populations accueillies nécessitent une actualisation permanente des connaissances et des qualifications.

Les actions en faveur de la formation continue sont à envisager au regard des objectifs et perspectives du Projet d'établissement mais elles doivent également répondre aux besoins individuels des agents pour permettre à chacun de construire son projet professionnel.

Les priorités de formation s'inscrivent également dans le cadre des directives ministérielles définissant les thématiques de formation prioritaires.

Le Plan de formation annuel est ainsi établi pour l'ensemble des personnels, selon :

- La politique de la direction basée sur les recommandations (ARS, ANESM...) et conformes aux actions retenues lors de la signature de la convention tripartite ;
- Les souhaits de l'agent recueillis lors de l'entretien annuel ;
- Les besoins identifiés par les responsables des services.

Chaque année, il intègre :

- des actions relatives à l'accompagnement des personnes âgées (vieillesse, agressivité, fin de vie, souffrances physiques et psychiques...) ;
- des actions de gestion des risques (hygiène, AFGS, DU Qualité, DU plaies et cicatrisation..) ;
- des actions de professionnalisation (ASG, IFSI...).

Ce plan de formation est validé par le CTE. Il est également un pivot de la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et compétences dans l'établissement.

## 2.11. LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

Un des objectifs prioritaires de l'établissement vise à mettre en œuvre à moyen terme et selon l'évolution de la réglementation les modalités permettant aux professionnels de santé de satisfaire à leurs obligations de DPC.

Il s'agit concrètement de répondre aux exigences du DPC pour les équipes prenant en charge les personnes âgées :

- de travailler avec des protocoles de prise en charge et des aides à la prescription régulièrement actualisés avec les données de la littérature, des recommandations HAS ou de l'ANESM ;
- d'organiser des réunions de concertation pluri-professionnelle associant tous les professionnels du service (médecins, IDE, ASQ, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue,...) et ponctuellement des bénévoles ;
- de suivre des formations, à titre individuel ou collectivement au cours de congrès, séminaires, formations délivrés dans l'établissement ou en dehors ;
- de définir et suivre des indicateurs validés de la qualité des pratiques et de l'amélioration de la prise en charge des résidents.

La mise en œuvre du DPC nécessite :

- de formaliser ces modalités de DPC pour qu'elles répondent aux exigences de formation et d'évaluation telles que prescrites dans les textes réglementaires et formulées dans les fiches techniques des méthodes et modalités de DPC rédigées par la HAS,
- d'organiser le pilotage, la mise en œuvre et la traçabilité entre les partenaires internes du DPC,
- et condition *sine qua none*, que lesdits programmes soient portés et validés par un organisme de DPC enregistré auprès de l'OGDPC et évalués positivement par la CSI correspondante.

Pour la promotion du DPC l'établissement s'appuiera sur les orientations nationales publiées au Journal Officiel du 2 mars 2013.

Ces orientations sont explicitées par des thématiques de formation parmi lesquelles l'établissement privilégie d'ores et déjà :

- le management de la bientraitance et des nouvelles pratiques en EHPAD,
- l'hygiène et risque infectieux en EHPAD,
- les soins palliatifs en EHPAD,
- l'entrée du résident en EHPAD,
- la fin de vie : soins et accompagnement,
- la gestion des risques en EHPAD,
- construire et faire vivre l'animation en EHPAD,
- ...

Cet avant-projet de programme doit se concevoir comme une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui permet de satisfaire l'obligation des professionnels de santé qui vont y participer.

Le DPC est également étroitement lié à la démarche qualité car il associe deux activités, sans ordre prédéfini, qui sont :

- L'acquisition/le perfectionnement des connaissances/compétences et
- L'analyse des pratiques lors d'une activité explicitée qui comporte :
  - o un temps dédié,
  - o un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts...),
  - o une analyse critique et constructive des pratiques réalisées, par rapport à la pratique attendue,
  - o des objectifs et des actions d'amélioration,
  - o un suivi de ces actions et une restitution des résultats aux professionnels.

Cet aspect renvoie au chapitre « démarche qualité » dont un des axes d'amélioration est la promotion des évaluations des pratiques professionnelles.

## **2.12. LES RISQUES PROFESSIONNELS**

Le document unique est finalisé et présenté en CHSCT. Il est réactualisé annuellement. Il recense tous les risques professionnels, visualisables par risque ou par service.

Une réunion annuelle est programmée avec l'ensemble du personnel pour connaître le ressenti des agents vis-à-vis de leurs conditions de travail en vue d'étudier ensemble les améliorations qui pourraient être apportées pour réduire leurs contraintes et faciliter leur vie quotidienne au travail.

## **2.13. LES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX : LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DU PERSONNEL**

Formés pour soigner, les professionnels s'impliquent dans leur mission « de prendre soin et d'accompagner ». La fonction soignante se trouve d'autant plus difficile que les professionnels sont confrontés à la grande dépendance, la maladie, la mort; le personnel est confronté au quotidien aux effets du temps et à l'image de son propre devenir.

La fonction soignante implique un travail autour et pour la personne. Au-delà de la difficulté physique de l'accompagnement de la personne âgée dépendante, le personnel soignant est soumis à une charge psychologique induite par les demandes multiples et complexes du résident et de sa famille.

Cette charge psychologique se trouve aggravée par les conséquences potentiellement graves d'éventuelles erreurs ou omissions générant de fait un stress au travail.

Il n'y a que la parole pour permettre d'évacuer cette souffrance et de reléguer le risque de comportements maltraitants ou le risque d'absentéisme.

Il est nécessaire de ménager dans le temps de travail des moments de dialogue en équipe, mais surtout de prévoir des moments où cette expression est supervisée par un professionnel de l'écoute.

Le succès du projet d'établissement dépend bien sûr des moyens qui seront alloués à l'établissement pour le mettre en œuvre, mais sans l'adhésion du personnel rien ne pourra se faire. C'est pourquoi, le Projet social doit être un véritable contrat avec les équipes pour que s'améliorent en même temps la qualité de l'accompagnement et les conditions de vie au travail. Pour bien remplir sa mission d'accompagnement, le personnel doit lui aussi être accompagné.

C'est dans cet optique que la psychologue intervient afin :

- d'évoquer avec les professionnels les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans l'exercice de leur profession et ceci, en vue d'adapter les réponses aux situations des personnes accueillies;
- de conforter les professionnels dans leurs pratiques ou le cas échéant, les aider à questionner le sens de leurs pratiques;
- de dispenser de la formation au personnel sur diverses thématiques ;
- d'assurer le soutien aux équipes dans certaines situations vécues comme difficiles ;
- de soutenir les équipes en fonctions des besoins.

Dans cette perspective, l'inscription des RPS sera inscrite à l'ordre du jour des instances et notamment au CHSCT.

Par ailleurs, un groupe : « posture professionnelle et sensibilité au travail » animé par une infirmière formée à la manutention sera mis en place, à raison d'une réunion par semestre, pour échanger sur les pratiques interprofessionnelles, dont le cadre et la continuité seront garanties par la psychologue.

## **2.14. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Depuis la fusion des deux maisons de retraite de Bergheim et St Hippolyte, un gros effort d'harmonisation des procédures et des organisations de travail a été réalisé dans la perspective de la réunification des deux équipes.

Ainsi, tous les agents se sont appropriés les mêmes protocoles et les mêmes pratiques professionnelles.

La qualité du travail fournie par les équipes, leur engagement dans les transformations attendues, ont reposé sur le dialogue et la participation de tous à l'analyse des pratiques et à l'évaluation.

La mise en place de ces EPP depuis les évaluations interne et externe intègre l'ensemble des agents tous services confondus. Ainsi, des temps de réflexion et de mise en place sur ces sujets ont été octroyés de manière régulière dans le temps de travail. Des réunions d'équipe ont eu lieu régulièrement pour échanger sur les actions mises en place, évaluer les changements apportés et maintenir le dialogue.

La direction encourage les agents à se mobiliser autour de ces projets, dont l'objectif est d'améliorer la qualité du service offert et de valoriser l'initiative.

## **2.15. ACCUEIL ET INTEGRATION DU PERSONNEL ET DES STAGIAIRES**

Il a été instauré, pour faciliter l'intégration des personnels nouvellement recrutés, un tutorat assuré par un agent déjà présent dans l'établissement.

Une période de « doublure » est mise en place, afin d'aider le personnel à mieux accompagner les personnes accueillies, quel que soit leur profil. La qualité de l'accompagnement dépend aussi du bien être des professionnels au sein de l'établissement. Il est primordial que les tuteurs soient des agents volontaires afin d'optimiser les compétences et la qualité d'accompagnement.

Une procédure d'accueil et d'intégration d'un nouvel agent est formalisée, qui stipule les missions du tuteur et comprenant l'ensemble des documents à remettre au moment de l'accueil des nouveaux professionnels (Règlement de fonctionnement, livret d'accueil, règlement intérieur, documents relatifs à la sécurité et au risque incendie, fiche de poste).

En outre, il conviendra de sensibiliser ces nouveaux agents dès leur arrivée aux risques incendie et aux gestes d'urgence en cas d'incendie.

Enfin, le projet d'établissement est à la disposition de ces personnes en salle de soins.

## **3. LE PROJET DE VIE**

### **3.1. INTRODUCTION**

La personne âgée doit participer, dans toute la mesure du possible, au choix de son lieu de vie en fonction de son état, de ses ressources et de ses goûts en association souhaitée avec la famille.

En effet, l'entrée en établissement est un moment décisif qui détermine souvent les comportements futurs de la personne âgée, en particulier sa participation à la vie sociale dans son nouvel environnement ou, au contraire, un repli sur soi. Elle ne peut se faire que dans la transparence et en toute sécurité, tant pour le futur résident que pour l'équipe.

Les modalités de vie, de sécurité des biens et des personnes, d'exercice des droits et des obligations de chacun sont répertoriées dans le contrat de séjour, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement remis à l'admission.

Les objectifs du projet de vie de l'établissement sont :

- réaliser un suivi personnalisé de l'admission, de l'intégration et de l'accompagnement des résidents (le projet de vie individualisé) ;
- proposer un lieu de vie et un environnement convivial stimulant ;
- assurer un confort matériel réel ;
- participer à la vie sociale de la structure et s'ouvrir sur l'extérieur (notion qui renvoie au projet d'animation).



Tous ces objectifs généraux doivent se concrétiser dans la formalisation des projets de vie individualisés.

La philosophie du projet individualisé consiste à passer d'une notion d'accueil statique à une notion d'accompagnement tournée vers l'avenir, permettant à la personne de développer ou préserver, autant qu'elle le peut, ses capacités et donc cela engage l'institution à mettre à sa disposition un environnement adapté aux personnes âgées dépendantes.

### **3.2. LA PROMOTION DE L'AUTONOMIE, DE LA QUALITE DE VIE ET DE LA SANTE (OBJECTIFS PRINCIPAUX DE L'ACCOMPAGNEMENT)**

Construire et formaliser un projet de vie, c'est, avant tout, s'interroger sur qui :

- Prend en compte et répond aux attentes des résidents ;
- Conduit et assimile le niveau de dépendance ;
- Fait associer les familles au projet ;
- Stimule et responsabilise le personnel.

Il s'agit d'un projet global, qui place **la personne âgée au centre de nos préoccupations** afin de lui garantir un bon état de santé et la plus grande autonomie sociale, physique et psychique. L'ensemble des salariés a pour mission d'organiser la vie quotidienne en respectant chaque individu tel qu'il est, en permettant tout à la fois l'intimité et une vie sociale et collective harmonieuse. C'est un concept auquel tous les intervenants extérieurs et salariés de l'EHPAD doivent se rallier et ainsi amender le temps passé au sein d'un **lieu de vie**.

### **3.3. LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT**

Le projet de vie institutionnel doit permettre la mise en œuvre du projet de vie personnalisé. Celui-ci est formalisé et réactualisé avec les familles et avec les résidents dans le but de permettre à chacun d'exprimer ses besoins fondamentaux, ses habitudes de vie et comment il se projettera dans un avenir proche. Il interroge également les professionnels au sens donné à leur travail. La vie en collectivité, les habitudes ou encore les difficultés souvent liées à la dépendance ne doivent pas devenir une priorité. Elles doivent questionner les modes de fonctionnement et d'organisation du travail et font partie intégrante d'une logique d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies.

Sur la base des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la personnalisation de l'accompagnement et les règles de la vie collective<sup>1</sup>, l'ensemble du personnel porte une attention particulière sur :

- le respect de l'intimité, la vie privée et la personnalisation de l'accompagnement ;
- la place de la personne au sein de la vie collective ;
- le cadre de la vie collective permanent.

---

<sup>1</sup> Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, ANESM – janvier 2012.

### **3.4. LA GARANTIE DES DROITS ET LA PARTICIPATION (GESTION DES PARADOXES)**

Le respect des droits de la personne accueillie se doit non seulement d'être apposé mais nécessite inlassablement une sensibilisation, une concertation, un dialogue et une réflexion en équipe pluridisciplinaire afin d'admettre l'expression des difficultés éventuelles et des éventuelles situations rencontrées.

C'est ainsi que le dilemme liberté/sécurité se pose au quotidien au sein de l'établissement. L'acceptabilité d'un risque « mesuré », « adapté » et « partagé » sur le plan de la personne (le résident), son entourage, la société et le Droit impose un compromis.

Celui-ci se doit d'être explicité et s'appuyer sur un raisonnement humain, éthique, clinique et réglementaire.

Cette réflexion est valide pour l'ensemble de l'EHPAD mais plus particulièrement pour le PASA et l'UVP.

La problématique se pose dès l'entrée en établissement par la recherche du consentement ou, pour le moins une adhésion à minima de la part du résident.

En ce qui concerne le PASA, l'UVP et toute mesure de contention, l'établissement se doit de définir les modalités d'entrée et de sortie de ces services (Cf. chapitres PASA et UVP). Toute contention ne peut être mise en œuvre sans évaluation clinique, concertation d'équipe, réévaluation et traçabilité de l'ensemble du processus.

### **3.5. LA SPECIFICATION DES OBJECTIFS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT**

Les objectifs spécifiés au sein de notre établissement définissent des objectifs visant à promouvoir le maintien de l'autonomie et la prise en soins de la personne âgée, à assurer une personnalisation des habitudes de vie au quotidien du résident et à garantir dans les meilleures conditions possibles les droits et libertés des résidents.

#### **3.5.1. Le respect de l'intimité et la vie privée**

Le respect de l'intimité et de la vie privée du résident se doit d'être assuré dès l'admission. C'est ainsi que l'établissement a formalisé une procédure d'accueil (Cf. page 27 du P.E.) qui intègre les éléments réglementaires (livret d'accueil ...), la présentation des personnes et de l'établissement et l'accompagnement par une professionnelle référente.

C'est également dans ce contexte que sont identifiés les apports pour la personne de la vie en collectivité et que sont, progressivement, recueillies les informations nécessaires à la personnalisation de l'accompagnement (Cf. page 28 du P.E. : le projet de vie individualisé du résident).

Le caractère privatif de la chambre du résident est un principe affirmé de l'établissement. Le règlement de fonctionnement précise les possibilités d'aménagement et de mobilier en fonction des contraintes d'espace, d'entretien et de sécurité.

De la même manière, l'intimité de la personne est préservée lors des soins ou des actes d'hygiène.

Le projet de vie individualisé intègre tous les éléments relatifs :

- aux habitudes alimentaires ;
- au déroulement et modalités de la toilette ;
- à l'individualisation du linge et des vêtements personnels (Cf. chapitre 7 : le projet de vie).

### **3.5.2. Le résident au sein de la vie collective**

Dans l'évolution architecturale de l'établissement une attention particulière a été apportée à l'agencement des espaces collectifs.

Des espaces restreints de convivialité ou d'activité sont accessibles aux résidents, aux familles et aux visiteurs.

Ces espaces restreints permettent aux usagers de se retrouver en petits groupes et leur offre ainsi un intermédiaire entre l'espace personnel et l'espace collectif.

Il en est de même en ce qui concerne l'accueil des proches lors des visites. C'est ainsi que l'établissement possède un espace de restauration dédié aux résidents et à leurs familles.

### **3.6. L'ACCUEIL**

L'accueil d'un nouveau résident est une étape très importante pour l'intégration future de celui-ci à la vie collective.

L'accueil du résident constitue un élément déterminant dans lequel l'ensemble de l'équipe doit jouer un rôle fondamental. Ce rôle est primordial car l'accueil du résident traduit ce passage du domicile à l'institution et le degré d'intensité d'une réelle rupture tant physique, géographique que psychologique pour le sujet âgé. La perte de tous ses repères est souvent facteur de perturbations physiques (malaises/chutes, ulcères, incontinence, perte de l'appétit, etc.), de perturbations psychiques (détérioration mentale, grabatisation, isolement, etc.) qui fragilisent la personne âgée et la rendent encore plus vulnérable à l'apparition de pathologies diverses.

Les modalités d'accueil expriment clairement le sens et l'importance donnée par l'institution à cette fonction. Si l'entrée du nouveau résident a été correctement prévue, organisée, pensée, l'accueil du premier jour devrait s'effectuer dans une angoisse moindre et l'intégration du sujet à la vie de l'établissement aurait plus de chance de réussite.

L'ensemble de la procédure d'accueil (le temps passé auprès du futur résident et des familles), les différentes mises au point, le recueil des informations, la remise des documents réglementaires (contrat de séjour, livre d'accueil, règlement de fonctionnement...) contribue à la clarification de la situation et évite les malentendus dès l'entrée en institution. Il ne sera que plus facile d'aborder toutes les questions qui se poseront à l'avenir.

Telles sont les conditions pour un accueil réussi, mais aussi pour une séparation réussie.

### 3.6.1. Organisation de l'accueil

#### La pré-admission

L'établissement et les usagers accèdent à la plateforme « Trajectoire ». La demande est réalisée à l'aide du dossier permettant de solliciter l'entrée en EHPAD tel que défini par l'article D.312-155-1 du code de l'action sociale et des familles. Celui-ci comprend un volet administratif et médical.

Une visite préalable à l'admission est proposée au résident et/ou ses proches à chaque fois que possible.

Des informations complémentaires, pour un meilleur accueil, peuvent être demandées auprès du médecin « adresseur » par les infirmières coordinatrices ou le médecin coordonnateur.

L'admission est prononcée par la directrice après avis du médecin coordonnateur en concertation avec les infirmières coordinatrices.

#### L'admission

Le livret d'accueil, le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont remis au résident ou son entourage dès l'admission (le Livret d'Accueil peut être mis à disposition dès la phase de pré-admission). Ces documents ont été réactualisés et intègrent l'UVP et le PASA.

Il est important de rappeler que les comportements et les attitudes professionnelles sont conformes à la Charte des Droits des personnes âgées en institution ainsi qu'à la déontologie et à la philosophie du travail mené auprès des résidents.

L'établissement est respectueux des droits des personnes accueillies. L'EHPAD est le domicile du résident et la personne âgée doit pouvoir y vivre avec ses désirs, ses goûts et ses habitudes. L'ensemble du personnel est attentif à ces valeurs.

C'est dans cet état d'esprit qu'est réalisé l'accueil et préparé l'environnement du résident (chambre, matériel d'aide si nécessaire, décoration...).

Concrètement l'accueil est assuré par une infirmière qui saisit les premiers éléments nécessaires au projet d'accompagnement du résident sur le support « Modalités d'admission ». Les informations recherchées sont relatives aux habitudes de vie, et à chaque fois que possible, ou de manière différée, la recherche du consentement à l'entrée en EHPAD, la notion de la personne de confiance ainsi que les directives anticipées.

En lien avec les droits et libertés et dans toute la mesure du possible, la personne est associée au choix de sa chambre qui est un espace privatif. A la demande du résident ou en cas d'absence, la chambre peut être fermée et le personnel en respecte le caractère privé et l'intimité.

Le résident a la possibilité d'apposer une photographie sur la porte de sa chambre, s'il le souhaite. En effet, la notion de droit à l'image est respectée.

Le vouvoiement est systématique.

### Le projet de vie individualisé du résident (PVI)

Le PVI se formalise progressivement dès l'admission de la personne âgée. En effet il doit intégrer :

#### Les habitudes

- habitudes de vie, rythme (veille, sommeil, repas)
- habitudes sociales

#### Les goûts

- alimentaires
- vestimentaires
- loisirs

#### Les désirs

- les souhaits (en matière de vie sociale, d'activité...)
- comment les susciter, y répondre

Même si, lors de son admission en EHPAD, les réalités de la vie collective lui imposent certaines règles, le résident doit trouver un espace physique et social lui permettant de continuer sa vie et la réalisation de ses projets aussi simples soient-ils.

C'est dans ce cadre que le personnel s'attache à toujours avoir le sens du détail et veiller au bien-être, dans toutes les dimensions de la personne âgée.

Ce sont ces éléments qui devront intégrer le Projet de Vie Individualisé et être lisibles en termes d'actions. Celles-ci sont tracées dans la planification des soins.

Concrètement il s'agit d'élaborer un projet d'accompagnement qui intègre tous les éléments d'information cités ci-dessus et de rendre compte de manière factuelle des actions mises en œuvre. Cette formalisation doit être réalisée en concertation avec le résident et son entourage<sup>2</sup>.

### Le rythme de vie

Une attention particulière est apportée afin d'offrir une grande souplesse au rythme de vie. Le lever (réveil, service du petit déjeuner, installation du résident) s'échelonne de 7h00 à 9h30 et le coucher à partir de 19h00 (sauf problème de santé ou souhait du résident) jusqu'à 22h00 tout en laissant la possibilité d'un coucher plus tardif pour les personnes le souhaitant.

---

<sup>2</sup> Les attentes de la personne et le projet personnalisé ; ANESM – janvier 2012.



### 3.7. LES PRESTATIONS LOGISTIQUES

La logistique concerne des activités majeures pour un bon accompagnement des résidents et faciliter le travail quotidien des personnels.

L'hôtellerie est un aspect important dans le séjour du résident et doit continuer à être valorisée. Une gouvernante a ainsi été nommée pour veiller au respect des procédures et offrir un service de qualité aux pensionnaires.

#### 3.7.1. La restauration

La cuisine, dans la nouvelle structure, est installée au RdC et visible depuis le couloir de circulation.

Les personnels de restauration et une partie du personnel soignant sont formés à la méthode HACCP ce qui garantit la sécurité alimentaire depuis la réception des produits dans la cuisine jusqu'à dans l'assiette du consommateur.



La restauration est une prestation de service qui prend en compte :

- le recueil des aversions dès l'admission
- l'affichage des menus chaque semaine
- l'accueil dans les espaces de restauration et en chambre
- les horaires du service des repas
- la présentation de la table ou du plateau pour le service en chambre
- le niveau de confort des espaces de restauration
- l'assistance à la prise des repas
- la tenue vestimentaire du personnel de distribution
- l'accueil des familles dans un lieu spécifique



La commission menu ouverte aux résidents leur permet de s'exprimer sur la qualité des repas, les heures, les souhaits de menus, de l'organisation des fêtes, des repas à thèmes. Les membres du personnel en charge du service repas participent également pour exprimer les besoins des résidents ainsi que les animatrices.

De même des réunions de concertation sont organisées entre le personnel de cuisine et le service des soins afin d'améliorer le service :

- à table ou en chambre ;
- répondre aux demandes des résidents et des personnels ;

- de plus le personnel de cuisine participe au service dans les deux salles à manger des étages et peut ainsi se rendre compte des difficultés pour certains (repas mixés, problème de déglutition...).

Enfin ils sont chargés de l'accueil et la réception des denrées alimentaires, du rangement et de la gestion des stocks.

### Les aspects nutritionnels

La qualité de vie des personnes âgées dépend principalement de leur état nutritionnel. Les conséquences de la malnutrition sont graves puisqu'elles diminuent les capacités fonctionnelles, concourant ainsi à la perte d'autonomie.

Une alimentation équilibrée tient compte aussi bien de l'aspect qualitatif de la nourriture (choix judicieux et variés des aliments), que de l'aspect quantitatif (manger selon ses besoins).

Afin de répondre au mieux aux besoins nutritionnels de la personne, l'établissement a concrètement mis en place les actions suivantes :

- une commission des menus ;
- une évaluation en continu en salle à manger par le personnel de service en salle à manger et plus particulièrement la gouvernante (support dédié) ;
- une signalétique à la place du résident pour les consignes particulières en matière d'alimentation ;
- la validation systématique des repas « texture » par une infirmière ;
- le suivi de l'état nutritionnel par le calcul de l'IMC et la pesée mensuelle;
- une évaluation formelle dans le cadre de l'enquête de satisfaction des usagers. Cette évaluation sera reconduite lors de l'enquête de satisfaction prévue périodiquement ;
- l'affichage systématique des menus (journallement et de manière hebdomadaire) ;
- un espace dédié est organisé afin de densifier la présence du personnel pour les résidents nécessitant une aide à l'alimentation ;
- une réflexion sur le manger mains ;
- un enrichissement protidique de certains plats si nécessaire ;
- une proposition de collations nocturnes afin de diminuer le temps de jeûne nocturne.

Par ailleurs, l'établissement tient compte des aspects conviviaux des repas afin d'en faire des temps forts de la journée, temps d'échange en veillant au bien-être des convives.

### 3.7.2. L'entretien des locaux

#### Bâtiment et maintenance préventive

L'établissement est classé ERP de type J, 4ème catégorie, il dispose d'un système de détection incendie et le personnel est formé très régulièrement par un organisme agréé à l'utilisation du système incendie, à l'évacuation ou utilisation des extincteurs.

Le registre de sécurité recense toutes les formations effectuées et les visites contrôles. Les consignes de sécurité ainsi que les plans d'évacuation sont affichés dans l'ensemble de l'établissement.

Un système de permanence est assuré 24h/24 par les deux ouvriers d'entretien.

En outre, une assistance informatique de pilotage de la chaufferie, de l'eau chaude sanitaire est mise en place.

L'établissement a fait le choix d'interdire de fumer dans l'établissement. Un coin fumeur a été aménagé sous le préau à l'entrée de l'établissement et des terrasses, à chaque étage, permettent aux résidents et visiteurs de fumer librement.

Les deux agents d'entretien répondent également quotidiennement aux demandes d'entretien et de réparation ou d'aménagement des locaux et participent à l'embellissement et l'entretien des espaces extérieurs afin d'offrir un cadre de vie attrayant.

En outre, ils sont chargés de gérer les mouvements de stocks de la demande d'approvisionnement à la distribution des produits. Ils assurent ainsi les livraisons chaque semaine vers les unités de soins et veillent à l'accueil et à la réception des marchandises venant de l'extérieur.

#### Confort et entretien des locaux

Les locaux sont confortables, bien chauffés, propres, le cas échéant certains d'entre eux sont climatisés.

La propreté des locaux, l'absence de mauvaises odeurs sont les premiers repères des visiteurs, c'est pourquoi une attention très particulière est apportée à leur gestion.

Il est régulièrement rappelé que l'équipe « bionettoyage » a un rôle important et bénéficie de formation régulière. Les locaux sont nettoyés dans le respect des procédures pour lutter contre les infections nosocomiales.

L'organisation et le suivi de l'entretien des locaux sont assurés par la gouvernante.

La base documentaire est progressivement finalisée. Pour exemple sont formalisés :

- Le protocole de bionettoyage ;
- Le bionettoyage hebdomadaire d'une chambre ;
- Le bionettoyage à fond d'une chambre ;
- La composition du chariot de ménage.

La traçabilité de l'entretien est totalement assurée en ce qui concerne l'ensemble des locaux.

### Gestion du linge

La blanchisserie nouvellement équipée répond à la démarche RABC et permet de traiter, outre tout le linge plat, le linge des résidents et les vêtements du personnel.

Les différents containers (linge sale) et les armoires de dotation (linge propre), ainsi que les chariots individualisés pour le linge personnel des usagers ont été entièrement renouvelés et font l'objet de rotations régulières chaque jour de la semaine.

L'enquête de satisfaction en direction des usagers interroge la satisfaction relative à ce service.

Sur le plan organisationnel et du respect des règles d'hygiène les protocoles relatifs aux circuits du linge propre et sale sont finalisés.



### Déchets

Dans le respect de la réglementation et de son plan développement durable, l'établissement a déjà mis en place des circuits spécifiques pour l'enlèvement, le recyclage ou valorisation de certains déchets : les huiles de cuisson, le verre, le plastique, les cartons, les cartouches d'encre, les médicaments, les végétaux...

Un protocole du circuit des déchets et DASRI est formalisé et connu de l'ensemble du personnel.

### Développement durable

Pour s'inscrire pleinement dans une démarche de développement durable, l'établissement répond aux normes BBC et bénéficie de panneaux solaires et photovoltaïques pour le chauffage et la production d'eau chaude.

Par ailleurs, outre le tri sélectif, l'établissement a mis en œuvre :

- L'installation de lampes à basse consommation et de minuteurs pour les économies d'énergie ;
- La récupération de l'eau de pluie pour l'arrosage des plantations ;
- La dématérialisation pour la gestion du papier ;
- La diminution du matériel à usage unique (serviettes, gobelets...) ;
- Lors des achats, privilégier les produits biodégradables faits de matériaux respectant l'environnement et non toxiques (produits bio pour le linge et le nettoyage).

### Prestations externes

Un salon de coiffure est à la disposition des résidents qui le souhaitent, et des professionnels. Il est équipé de matériel adapté professionnel.

Les tarifs sont affichés dans la salle d'attente en face du salon et sont à la charge des résidents.

Les rendez-vous se prennent avec les professionnels, par téléphone ou directement lors de leurs permanences, soit par le résident, soit par la famille, soit par les animatrices avec l'accord de la famille.

Un salon d'esthétique est également installé, à côté du salon de coiffure. Les soins sont dispensés par les deux animatrices, sans aucune tarification.

Le résident peut également faire appel à un pédicure-podologue. Les rendez-vous sont pris directement par lui-même ou sa famille, soit par le personnel de l'unité avec l'accord de la famille. Le tarif appliqué par l'intervenant, à titre libéral, est à la charge du résident.

## **4. LE PROJET D'ANIMATION**

### **4.1. INTRODUCTION**

Le projet d'animation fait partie du projet d'établissement. En effet, il n'a de sens que s'il est intégré au projet de vie, que s'il s'adresse à l'ensemble des résidents en fonction de leurs besoins, de leurs centres d'intérêts, de leurs désirs et de leurs capacités ainsi que de leur milieu socioculturel.

- La base de l'animation en institution est le respect de l'utilisateur ;
- C'est à travers des activités librement choisies, non infantilisantes et sans mise en échec, s'inscrivant dans la continuité de l'histoire de vie de chacun que pourra exister en tant qu'Homme le résident de l'EHPAD ;
- Animer c'est surtout et avant tout l'émergence du désir et donc, la poursuite de la vie ;
- Ne pas imposer mais encourager les résidents à participer à la vie de l'EHPAD, tout en maintenant une relation harmonieuse avec les familles ;
- Respecter le refus de participer de certains résidents si tel est leur souhait ;
- L'écoute, l'observation et la contemplation font parties de la participation.

Lors de l'entrée en EHPAD, l'aide-soignant référent recueille les habitudes de vie de chaque résident, les informations concernant ses goûts, ses centres d'intérêt, ses désirs et ses envies.

L'objectif est à la fois de maintenir les capacités de la personne, les liens sociaux, et de lutter contre l'isolement. L'animation vient soutenir tout ce qui exprime la vie : les relations, le bien-être, les occupations à créer, le plaisir et la satisfaction.

Le projet d'animation ne vise pas seulement d'assurer une activité de type occupationnelle, mais une activité à dimension relationnelle : « Créer du lien ».

L'animation qui donne du sens et l'animation du quotidien sont développées pour contribuer à la vie de l'institution.

Le projet est constitué sur la valorisation de la vie sociale de chaque résident qui est décideur de ses actes en fonction de ses capacités, de ses désirs et de ses souhaits. La diversité des animations doit permettre au résident de faire ses choix et des rencontres en fonction de ses besoins et de ses attentes personnelles.

Dans le cadre du projet d'animation, sont intégrés de manière différenciée, les projets de vie de l'Unité de Vie Protégée (UVP) et du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

Lors des activités en salle d'animation de l'EHPAD, les résidents de l'UVP sont invités et accompagnés par les animatrices ou le personnel soignant, afin de pouvoir participer et d'être intégrés à la vie de l'établissement.

Les animatrices, ayant des spécialisations et des sensibilités complémentaires, interviennent à tour de rôle au PASA, à raison d'un après-midi par semaine.

Lors des réunions de projet de vie individualisé, les souhaits et demandes du résident ou de sa famille sont pris en compte afin de proposer des activités adaptées.

#### 4.2. DEFINITION DE L'ANIMATION

Selon l'étymologie du mot « Animer » c'est donner une âme, donner de la vie.

*« **Animer**, c'est accompagner la vie, c'est créer une relation dans un espace identifié, à un moment particulier. Une relation suffisamment chaleureuse pour qu'elle continue à nourrir au jour le jour le désir de vivre, de faire, de rester en lien avec soi et les autres. C'est proposer un temps de rencontre, dans le cadre d'un groupe ou individuellement, un temps de plaisir, de partage, qui aide à lutter contre le sentiment d'isolement et de solitude souvent exprimés par les Personnes Agées. »* (Bernard Hervy).

#### 4.3. DEFINITION DE L'ANIMATION EN EHPAD, AU PASA ET A L'UVP

- Prendre en charge le résident en se positionnant dans la pratique professionnelle, de l'améliorer en ayant toujours présent le souhait de « PRENDRE SOIN » ;
- L'animation ne se définit plus comme une succession d'activités, mais comme une démarche de projet centré sur les souhaits et capacités des personnes tout en leur donnant la possibilité de s'exprimer ;
- Donner aux résidents la possibilité de s'exprimer suivant leurs capacités et leurs envies ;
- Permettre à une personne de faciliter son intégration le mieux possible dans son nouveau lieu de vie ;
- Etre une force de proposition pour les résidents tout en étant aussi à leur écoute afin de répondre au mieux à leurs souhaits ;
- Permettre un moment d'échange entre le résident et les différents intervenants, ainsi qu'un moment d'échange avec d'autres résidents ;



- L'animation peut être collective ou individuelle ;
- Proposer un accompagnement individualisé et respectueux en prenant en compte les attentes et les besoins particuliers et spécifiques liés aux troubles de la maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée.



#### 4.4. LES ACTIVITES

Le projet d'animation a pour objectif premier de dynamiser la vie sociale de l'EHPAD en garantissant la qualité des relations entre les résidents, le personnel et les familles, en favorisant l'ouverture sur son environnement social et culturel.

##### *Favoriser l'estime de soi par l'entretien d'une belle image corporelle*

Bien-être : Bains de pieds, shampoing occasionnel, épilation du duvet du visage, modelage des mains, coiffeuse extérieure, maquillage.

##### *Proposer une activité de groupe qui sollicite la mémoire, l'esprit d'équipe et la coopération*

Jeux : Jeux de société, loto, belote, animation mémoire, dessinez c'est gagner....

##### *Entretenir son corps par des activités sportives douces qui renforcent l'autonomie physique*

Sport : Gym douce, prévention des chutes, jeux sportifs (billard, tirs aux buts, lancés d'anneaux...), danse en position assise, promenade au village.

##### *Solliciter la relation sociale par une activité culturelle basée sur la mémoire et le partage de connaissances*

Culturelle : Revue de presse, animation mémoire, lecture fables et contes, le menu en image, projection : films au choix des résidents et photos des animations.

##### *Entretenir la relation sociale au travers d'activités basées sur le plaisir de partager des préparations gourmandes*

Ateliers gustatifs : Dégustation de fruits frais, smoothies, repas à thème, petit déjeuner thématique, atelier pâtisserie, compote, après-midi gaufres ou crêpes, goûter d'anniversaire avec les familles, préparation de fruits frais de saison, repas thérapeutique.

*Maintenir l'autonomie physique et sociale par la pratique en commun d'activités basées sur les arts et le bricolage*

Activités manuelles : Couture, tricot, peinture, mosaïque, atelier floral, pâtes à modeler, sujets selon saison annuelle (Pâques, Noël...).

*Retrouver un contact avec la nature. Retrouver des gestes passés et renforcer la cohésion du groupe par la pratique commune d'activités basées sur le jardinage*

Jardinage : Rempotage de plantes, arrosage et entretien des jardins thérapeutiques.

*Donner un repère spatio-temporel. Proposer un moment convivial basé sur la tradition régionale*

Evènementiel : Visite de Saint Nicolas, fête du calendrier : Pâques, Noël, Fête des Mères, Fête des Pères, Fête des anniversaires.....

*Donner ou redonner une place aux résidents à l'extérieur de l'établissement. Découvrir ou ré découvrir un lieu et partager un moment de convivialité*

Animations proposées en externe : Les sorties s'effectuent occasionnellement avec d'autres établissements : Sainte-Croix-Aux-Mines, Sainte-Marie-aux-Mines, Mulhouse....

Des sorties en petits groupes sont organisées : Piscine, cirque, pèlerinage (Sainte-Odile), pêche, courses hebdomadaires, tournoi belote, thé dansant, tournoi sportif départemental, salon de thé, Europaparc, Confiserie des Vosges, Maison du Fromage, chocolaterie, promenade au village, l'Ecomusée.....

*Proposer aux résidents de redevenir acteur dans sa vie sociale. Maintenir le lien social à travers des actions multiples telles :*

Les journaux quotidiens distribués aux personnes abonnées, la distribution du courrier, l'office catholique, la visite du pasteur ou d'un autre orateur à la demande, le chant, les intervenants musicaux, les spectacles divers, les après-midi des familles, les réunions de la commission des menus, les accès aux commerces du village, le conseil de la Vie Sociale, la mise en œuvre de la procédure si une personne souhaite voter (droit civique), la lecture du journal, le journal interne, la médiation animale.

*Maintenir et Entretenir les relations sociales*

Des partenariats sont mis en place avec des bénévoles et d'autres structures.

Intervention hebdomadaire de bénévoles : atelier chants, Blouses Roses (axées principalement vers les résidents en grande dépendance), Un petit groupe de villageois accompagne les résidents à l'office catholique,

Intervention occasionnelle de musiciens et mensuelle d'un agent des pompes funèbres générales (ateliers floraux, couronnes de l'Avent, bricolage manuel...).

#### 4.5. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT

Les animatrices, dans une réflexion commune avec les autres professionnels, écoutent et conseillent. Elles créent une dynamique motivante. Pour autant leurs compétences leur confèrent une réelle capacité d'initiative pour organiser et mener à bien les projets.

Au quotidien, les animatrices partagent leurs connaissances et leurs compétences pour accompagner sereinement et respectueusement les résidents. La complémentarité au sein de ce binôme permet d'avancer vers un même objectif.

La communication et le respect entre les deux animatrices font partie intégrante de l'organisation d'une journée. Certaines activités sont spécifiques en fonction de la compétence de chacune: gym douce, danse en position assise, bien-être.....Sinon, la répartition des tâches quotidiennes se fait en fonction du « bon sens » de chacune.

Les deux animatrices travaillent à temps plein (35 heures par semaine) du lundi au vendredi, et occasionnellement le week-end.

La salle d'activités du rez-de-chaussée est le lieu principal de propositions d'animations quotidiennes. L'établissement est équipé d'un salon de coiffure utilisé hebdomadairement par deux coiffeurs extérieurs, et occasionnellement par les animatrices, à la demande du Résident.

Il possède aussi un salon d'esthétique dans lequel les animatrices proposent des soins hebdomadaires qui permettent de passer des moments de détente et de préserver l'image de soi. Tous les « soins » de confort et de bien-être sont proposés à l'ensemble des résidents de l'établissement. Certaines personnes se présentent spontanément au salon, et d'autres personnes sont accompagnées pour les animatrices (pour les résidents plus dépendants ou séjournant à l'UVP). Il reste aussi un lieu d'échanges et de confidences.

Les salles à manger de l'EHPAD et de l'UVP sont des lieux occasionnels d'animation lors des petits-déjeuners saisonniers.

Par beau temps, les résidents ont à leur disposition des terrasses aménagées. Les animatrices proposent des activités sur les terrasses aménagées de la salle d'activité en rez-de-jardin.

Un véhicule adapté à des personnes dépendantes permet les déplacements extérieurs.



#### 4.6. LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION

- Les résidents sont informés des animations par l'affichage du programme hebdomadairement à quatre endroits, sachant que le programme n'est pas figé (météo, épidémie,.....) ;
- Le programme est mis à disposition et distribué aux résidents qui souhaitent avoir un exemplaire dans leur chambre ;

- L'équipe est informée par le biais des programmes ainsi que par l'outil informatique Easy soins ;
- Lors de l'activité du matin, un rappel est fait concernant l'activité de l'après-midi ;
- Entre 13h30 et 14h, avant le démarrage de l'activité, les animatrices passent dans les chambres, invitent les résidents et éventuellement accompagnent ceux nécessitant une aide ;
- Lors d'animations ponctuelles : fête des familles, fête de Noël, carnaval, après-midi musicaux..., des affiches sont disposées sur les panneaux d'affichage. L'information est également diffusée par le téléviseur de l'accueil afin d'informer les résidents, les agents, les familles, les visiteurs ;
- Lors de sorties, une fiche est établie pour l'avis médical, avec paraphe de l'infirmière et de la directrice. Ce document est alors remis à l'équipe de soins. Un carton d'invitation est remis au résident concerné ;
- Etre à l'écoute des agents quotidiennement afin de saisir des informations pouvant favoriser la participation du résident aux activités ;
- Après chaque activité, le compte rendu de la journée, par résident est retranscrit dans le système informatique Easy soins ;
- Si durant l'activité un problème se présente avec un résident (santé, comportement...), l'infirmière de service est prévenue ainsi qu'une transmission se fait dans Easy soins ;
- Un journal interne « Le Fraxinouvelles » est élaboré par les animatrices tous les trois mois et proposé à l'ensemble des résidents ainsi que quelques exemplaires mis à disposition des usagers. Il reprend les événements passés, ceux à venir ainsi que des informations concernant la vie locale et d'ordre général. Il donne aux résidents une information optimale.

#### **4.7. L'ANIMATION EN UNITE DE VIE PROTEGEE**

L'animation est considérée à sa juste valeur, au même titre que tous les soins apportés au résident, que ce soit pour son bien-être, sa santé, son alimentation, son hygiène. Elle est un élément indispensable à la qualité de vie du résident.

##### Les objectifs sont :

- Proposer des activités adaptées aux capacités des résidents,
- Apporter une meilleure qualité de vie aux résidents et créer un lieu de vie et de bien-être,
- Maintenir l'autonomie gestuelle, physique et intellectuelle,
- Stimuler les capacités cognitives restantes,
- Mettre en avant le plaisir à travers la participation à des activités ludiques,
- Maintenir et développer le lien social,
- Renouer avec les souvenirs, faire travailler la mémoire,
- Renforcer une image de soi positive,

- S'orienter dans le temps et l'espace

### La mise en œuvre

L'animation en UVP est une pratique sociale qui implique tous ceux qui sont en relation avec le résident.

L'animation concerne donc l'ensemble des professionnels de l'unité.

L'intervention en animation des personnels qui ne sont pas animateurs (de même que les bénévoles et les familles) s'effectue en référence au projet d'animation.

Un planning des activités est réalisé par l'ensemble de l'équipe.

Les temps dédiés aux animations prennent en considération l'attention des résidents.

### Les intervenants

- L'équipe soignante,
- Les animatrices,
- La psychologue,
- L'ergothérapeute,
- Les bénévoles.

### Information et participation du résident

- Les résidents sont invités à participer aux animations selon leur souhait et/ou projet personnalisé
- Aller chercher le résident pour l'informer de l'animation du jour
- Lui donner envie d'y participer sans toutefois l'y obliger
- Le planning d'animations est diffusé dans le couloir de l'unité de vie protégée.

A chaque fois que possible les résidents sont invités aux animations proposées au sein de l'EHPAD.

### Les locaux

L'animation s'effectue au sein même de l'unité de vie protégée ou dans des locaux dédiés à l'animation au sein de l'EHPAD. Des animations programmées et encadrées peuvent avoir lieu dans d'autres lieux extérieurs à l'unité pour les résidents en capacité d'être stimulés.

### Le matériel

Le matériel est choisi par le personnel en fonction des besoins. Cependant, il dépend du budget animation global.

### L'évaluation

Les évaluations des différentes activités sont transmises oralement et par écrit dans le logiciel de soins EASY SOINS.



## PLANNING ACTIVITÉS UVP

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
MATIN	SOINS RELATIONNELS ET CORPORELS	MESSE	SOINS RELATIONNELS ET CORPORELS	SOINS RELATIONNELS ET CORPORELS	SOINS RELATIONNELS ET CORPORELS	SOINS RELATIONNELS ET CORPORELS	SOINS RELATIONNELS ET CORPORELS
		SOINS RELATIONNELS ET CORPORELS					
	ATELIER CULINAIRE SI LE TEMPS LE PERMET POUR LE REPAS DU MIDI						
MIDI	REPAS						
APRES- MIDI	ATELIER CHANT EN SALLE D'ACTIVITÉ	LOTO	ATELIER ART THÉRAPIE AVEC LA PSYCHOLOGUE	JEU DE SOCIÉTÉ	ATELIER CULINAIRE	GYM DOUCE	THÉ DANSANT
	OU ATELIER JARDINAGE		OU CHANT				



#### 4.8. L'ANIMATION AU PASA

Les activités collectives et/ou individuelles s'intègrent dans l'accompagnement personnalisé du projet de vie et de soins du résident.

##### Les objectifs sont :

- Maintenir le lien social,
- Mobiliser les fonctions sensorielles,
- Retrouver les gestes de la vie quotidienne,
- Maintenir, stimuler ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes,
- Prévenir les troubles de la marche et de l'équilibre,
- Prévenir ou diminuer les troubles du comportement,
- Eviter l'isolement.

##### La mise en œuvre

Les activités proposées sont définies en fonction des objectifs individuels, du projet personnalisé et des capacités restantes du résident.

Elles sont proposées par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et validées par l'ensemble de l'équipe du PASA.

Les résidents sont également intégrés, de manière ponctuelle aux animations proposées à l'ensemble des résidents de l'EHPAD et au sein de l'UVP.

Les intervenants :

- Les assistantes de soins en gériatrie,
- La psychologue,
- L'ergothérapeute,
- Les animatrices.

##### Les activités proposées

Centrées sur le renforcement des capacités fonctionnelles :

- Gymnastique douce,
- Cuisine thérapeutique,
- Atelier pâtisserie,
- Jardinage,
- Bricolage,

Centrées sur le renforcement des fonctions cognitives

- Jeux de mémoire,
- Jeux de société (Loto, etc.),

### Centrées sur la mobilisation des fonctions sensorielles, la créativité :

- Atelier de bien-être,
- Espace Snoezelen,
- Atelier « éveil des sens »,

### Centrées sur le maintien du lien social :

- Télévision,
- Cinéma,
- Lecture des actualités,
- Sorties extérieures,

### Activités individuelles :

- Soins esthétiques,
- Atelier coiffure,
- Atelier « bain de pied ».

### Les locaux

Les activités se déroulent au sein du PASA. Il existe quatre espaces dédiés au PASA :

- Un espace cuisine,
- Un espace repos, qui permet aussi de réaliser des activités individuelles,
- Un espace activités de groupe.

### Le matériel

L'équipe dispose d'un budget animation annuel. Les achats de matériel sont réalisés par l'équipe selon les besoins.

### L'évaluation

Les activités individuelles et collectives sont évaluées tous les mois par l'équipe du PASA.

Les évaluations des activités sont intégrées dans le logiciel de soin (EASY SOINS).



## 5. LE PROJET MEDICAL ET LE PROJET DE SOINS

### 5.1. L'ORGANISATION DES SOINS

#### 5.1.1. Principes généraux

Le projet de soins vise fondamentalement à conforter et à développer toutes les actions nécessaires pour la préservation de la santé des résidents et la dispensation des soins nécessaires.

Il garantit à chaque résident la prise en compte de sa dépendance et l'accès à des soins de qualité.

Ce projet précise les actions de soins mises en œuvre et celles à améliorer. Il a été élaboré en collaboration avec le médecin coordonnateur et des représentants des équipes soignantes.

#### 5.1.2. Continuité des soins

Le tableau des emplois rend compte des ressources humaines (cf. Chapitre Ressources humaines).

La permanence infirmière est assurée de jour.

La couverture AS/AMP et ASH est assurée 24h/24h. Il est à noter des glissements de tâches dans le métier d'ASH liées à un sous-effectif dans la fonction aide-soignante. En lien avec l'augmentation de la charge de travail, l'établissement demandera la transformation de quatre postes d'ASH en AS dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite.

#### Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur assure sa mission dans le temps imparti, soit 0.8 ETP.

Il assure le lien entre les médecins traitants et les autres intervenants, établit les prescriptions d'urgence, assure les actions de prévention (en cas d'épidémie, de canicule, les vaccinations etc...), travaille en coordination avec les IDECs et l'équipe soignante (protocoles, prévention, cohésion d'équipe, projets de vie individualisés).

Il est l'interlocuteur médical de la directrice de l'établissement. Il est également l'interlocuteur des différentes administrations, ainsi que des caisses d'assurance maladie et des collectivités territoriales.

Il exprime son avis, en concertation avec les IDECs, en ce qui concerne l'admission du résident.

Il réalise l'évaluation et le classement des résidents selon leur niveau de dépendance. Il contribue à l'élaboration du projet de soins et à la formation gériatrique de l'équipe soignante, avec laquelle il est en rapport étroit.

Il est garant de la qualité des soins, dans le respect des règles du libre choix du médecin et de la déontologie médicale.

Il s'assure, en collaboration avec les infirmières de la compatibilité de l'état de santé des résidents avec les possibilités de prise en charge de l'établissement.

En relation avec les différents professionnels du soin, il coordonne l'organisation des soins et la coopération avec les établissements de santé. Il assure au mieux la coordination avec les autres prestataires de soins externes à l'établissement, notamment les professionnels libéraux de santé en accord avec les exigences réglementaires déjà citées.

Le rapport d'activités médical annuel du médecin coordonnateur condense les éléments d'évaluation sur les pathologies et les dépendances, sur les pratiques de soins et sur l'organisation. Il désigne les « points de progrès » et précise des pistes d'amélioration du nouveau projet de soins.

La commission gériatrique formalisée en 2015 se réunira au moins une fois par an. La contractualisation des médecins traitants est en progression. En 2015, 7 médecins sur 13 ont signé un contrat avec l'établissement et 95% des résidents sont suivis par des médecins ayant signé un contrat d'intervention avec l'établissement. Il convient de souligner que le médecin coordinateur assume également la fonction de médecin traitant pour 86 résidents.

Les médecins traitants interviennent pour la bonne prise en charge des résidents et pour les prescriptions médicales. Ils participent à la bonne tenue des dossiers médicaux qui contiennent des données sur :

- les antécédents médicaux et/ou chirurgicaux,
- les traitements en cours,
- les examens complémentaires réalisés,
- les comptes rendus cliniques.

Le médecin coordonnateur intègre également dans le dossier :

- le niveau de dépendance (GIR) dès l'admission et selon l'évolution de l'état de santé du résident,
- l'évaluation « PATHOS » (en cours lors de l'élaboration du PE).

Pour une bonne organisation de l'activité médicale le médecin coordonnateur a en charge le suivi des résidents en EHPAD, au PASA et à l'UVP.

Une réunion de fonctionnement et d'évaluation des pratiques est organisée avec les infirmières :

- chaque semaine (mardi et vendredi) par étage à l'EHPAD,
- une fois par mois (1<sup>er</sup> mercredi) pour l'unité de vie protégée.

Par ailleurs, le médecin assure régulièrement l'animation de réunions formatives sur des thèmes tels que :

- La prise en charge et la prévention de la douleur,
- les situations de fin de vie...

Il est à l'origine ou accompagne la réactualisation des protocoles de soins.

### Risques sanitaires

Pour la prévention des risques sanitaires, les recommandations nationales (ministère de la Santé) sont mises en œuvre. Elles portent notamment sur :

- le plan canicule,
- les infections nosocomiales,
- les résidents porteurs de bactéries multi-résistantes,
- le risque pandémique.

Les protocoles relatifs au plan bleu, pandémie grippale sont formalisés et intégrés dans la base documentaire qualité.

Dans ce registre, l'établissement a formalisé une convention avec le Centre Hospitalier de Colmar.

### Les situations d'urgence

Le médecin coordonnateur établit des relations confraternelles, respectant les principes déontologiques avec les médecins généralistes libéraux intervenant dans l'EHPAD en tant que médecins traitants librement choisis par les résidents, ou à défaut leur famille (article 6 du Code de Déontologie).

En particulier, l'article 98 indique « les médecins qui exercent dans un service de soins ou de prévention ne peuvent user de leur fonction pour accroître leur clientèle ».

En cas d'urgence, si le médecin traitant n'est pas joignable ou si le médecin coordonnateur n'est pas sur le site, l'équipe soignante fait appel au 15.

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est formalisé pour chaque résident.

La procédure d'appel et de prise en charge des urgences est formalisée.

### Le niveau de soins

Le niveau de soins est fixé, si possible avec le résident, sinon avec sa personne de confiance ou son référent familial. Il est discuté en présence du médecin coordonnateur et d'un membre de l'équipe soignante lors d'un entretien, le plus tôt possible ou lorsque la question se pose. Le médecin généraliste est fortement sollicité lors de la définition du niveau de soins du résident.

Il est consigné dans le dossier médical et transmis à l'ensemble de l'équipe de soins.

Il est communiqué lors des transferts dans les services de soins.

### 5.1.3. Le dossier du résident.

Le dossier du résident est informatisé (logiciel EASY SOINS).

Chaque dossier est individualisé et intègre toutes les informations nécessaires à la bonne prise en charge (projet de soins et de vie individualisés). Les règles de « bonnes tenues » et d'accès sont formalisées.

Le plan de soins et d'aide aux actes de la vie quotidienne ainsi que les actes techniques sur prescription font l'objet d'une validation. Seuls les médecins accèdent à l'onglet « prescriptions ».

La tenue du dossier intègre les obligations réglementaires découlant de la loi du 4 mars 2002 en ce qui concerne l'accessibilité aux informations.

### 5.1.4. Les locaux de soins

Depuis l'intégration dans le nouvel établissement il est mis à disposition des résidents et des soignants des locaux particulièrement adaptés.

On peut citer :

- un cabinet médical,
- un cabinet de chirurgien-dentiste équipé,
- une salle de kinésithérapie,
- une salle de soins agencée pour les deux étages de l'EHPAD et de l'UVP avec des espaces dédiés différenciant les lieux de soins techniques, l'espace de stockage et de préparation des médicaments...,
- des locaux dédiés aux infirmières coordinatrices, psychologue, ergothérapeute, animatrice, AS référentes...



### 5.1.5. Les transmissions

Elles ont lieu entre les différentes équipes tous les jours. Elles sont dirigées par les infirmières. Pendant le temps de service, chaque agent est tenu de noter toutes les observations concernant les résidents dont il s'est occupé ou qu'il a observés.

Les chevauchements horaires sont intégrés dans le temps de travail :

- matin/midi : 14h00 – 14h15
- midi/nuit : 20h30 –21H00

Le médecin coordonnateur participe ponctuellement aux transmissions.

Selon les plannings de présence la psychologue, l'ergothérapeute, le kinésithérapeute et l'animatrice participent aux transmissions d'équipes.

En UVP, la psychologue participe aux transmissions une fois par semaine.

Le déroulement « type » des tâches est formalisé. Il précise l'organisation des soins de nursing pour les agents de nuit (AS/AMP et ASH).



#### **5.1.6. L'organisation des soins**

L'organisation des soins fait l'objet pour chaque résident d'une planification et est réactualisée en fonction de son état de santé.

Pour chaque résident les soins sont planifiés consécutivement aux prescriptions médicales ou au recueil des données en ce qui concerne les actes liés au rôle propre de l'infirmière.

Les soins comportent :

- ceux relevant des prescriptions médicales (soins techniques, pansements, traitements...)
- ceux relevant du rôle propre de l'IDE (soins d'hygiène et de confort, soins de prévention, soins de surveillance).

Cette planification est réalisée grâce au plan de soins et les actes sont validés.

#### **5.1.7. Le recours à l'hospitalisation et soins externes**

En cas de soins qui imposeraient un dépassement des compétences de certains soignants, une hospitalisation peut être nécessaire. Si elle se fait de façon programmée, le souhait du résident concernant le lieu est favorisé dans la mesure du possible comme le choix du transporteur.

Le recours aux services d'urgence fait l'objet d'une procédure accessible par tous (DLU).

Des conventions avec des établissements sanitaires environnants ont été signées. Elles doivent favoriser l'accès aux soins des personnes âgées sans un passage systématique par le service d'urgences et un retour le plus rapide possible et dans les meilleures conditions au sein de l'EHPAD.

Les résidents ont accès aux soins externes comme à domicile. Ils sont accompagnés d'un proche dans la mesure du possible. Les rendez-vous sont pris par les infirmières ou par la famille. Le transport est organisé par les infirmières en lien avec la famille.

Une convention est signée avec l'HAD de Colmar pour un recours à cette formule lorsque les critères sont remplis.

#### **5.1.8. Le circuit du médicament et le livret thérapeutique.**

##### La dispensation des médicaments

L'établissement fait appel à une officine pharmaceutique de ville. Une convention est formalisée. La pharmacie de ville délivre les médicaments selon l'ordonnance du médecin.

Les médicaments sont stockés nominativement dans la salle de soins sécurisée et non accessible aux résidents. Ils sont systématiquement vérifiés par l'infirmière (quantité et référence).

### Préparation

Les traitements sont intégrés dans le logiciel OREUS grâce à un fichier d'interface avec le logiciel de soins. Il en résulte un gain de temps et de sécurité dans la gestion du circuit du médicament.

La préparation des piluliers est assurée par les infirmières une fois par semaine à l'aide du plateau de remplissage informatisé. L'affichage sur un écran éclairé des posologies hebdomadaires avec les 4 moments de la journée permet le remplissage des piluliers avec contrôle et fermeture au moyen d'étiquettes autocollantes sur lesquelles figurent les médicaments et les hors-piluliers éventuels. En outre, le logiciel valide le médicament, vérifie sa péremption, archive son numéro de lot.

Les piluliers sont stockés sur des supports muraux et chaque matin, l'infirmière de service prend le plateau du jour pour assurer la distribution.

Par ailleurs, les changements ou réajustements de traitement se font en temps réel.

Les médicaments hors « semainier », tels sachets, gouttes, sirop, etc..., sont préparés au moment de leur distribution.

Cette procédure assure une traçabilité et une visibilité considérablement améliorée sur toute la chaîne de préparation des médicaments.

### Distribution

La distribution est systématiquement assurée par les professionnels dont l'activité relève de leur responsabilité (IDE et AS par délégation).

Il convient de créer un écrit répertoriant les risques liés à la prise de certains médicaments tels les anti-coagulants et les opiacés à l'adresse des aides-soignantes.

### Validation

La validation de la distribution est réalisée pour l'ensemble des médicaments sur le support informatisé (dossier du résident).

### Livret du médicament

En ce qui concerne ce document, les médecins s'appuient sur la liste préférentielle des médicaments adaptés à la personne âgée en EHPAD. Les médecins traitants en sont informés.

## **5.2. OBJECTIFS DES SOINS**

Dans ce chapitre il s'agit d'énoncer les actes de soins préventifs et curatifs afin d'assurer au mieux la qualité de vie des résidents en préservant la santé dans le processus du vieillissement.

Les protocoles nécessaires sont intégrés dans la base documentaire qualité et respectent le processus d'élaboration, de validation et d'intégration par l'ensemble des professionnels concernés.

### 5.2.1. Conservation de l'autonomie physique

Dans le cadre du projet d'accompagnement individualisé, il s'agira de la stimulation des actes de la vie quotidienne. C'est un rôle important des aides-soignants qui devront stimuler avant d'aider et faire remonter toutes les informations concernant des pertes d'autonomie éventuelles.

L'autonomie des résidents est sollicitée autant que possible lors de tous les actes de la vie quotidienne.

Les capacités de locomotion sont mises à profit lors de chaque déplacement, dans le respect de la fatigabilité et des capacités de chacun.

L'établissement dispose pour cela d'aides aux transferts adaptés aux différents degrés de dépendance et leur utilisation est réfléchi en équipe lors des transmissions.

Lors des repas, les résidents nécessitant une aide ou une stimulation sont pris en charge par les aides-soignants. L'établissement dispose également de différentes aides techniques (couverts adaptés, gobelets à anses,...) permettant de solliciter les capacités fonctionnelles préservées.

Le kinésithérapeute, l'ergothérapeute et les infirmières assurent un rôle de formation/conseil auprès des équipes, gèrent la répartition et l'adaptation des aides techniques aux résidents, ainsi que l'aménagement des chambres.

Une prise en charge kinésithérapique peut être dispensée sur prescription médicale. L'établissement dispose, en interne, de 0.6ETP de kinésithérapeute. L'établissement dispose également d'une salle de kinésithérapie parfaitement équipée.

Le kinésithérapeute établit un bilan, dans le cadre de la prescription médicale qui comporte un diagnostic et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et techniques qui lui paraissent les plus appropriées.

Il communique au médecin prescripteur ainsi qu'à l'équipe soignante toute information susceptible d'être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du résident et de son évolution.

Le kinésithérapeute a également pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles des résidents, de concourir à leur maintien ou de les rétablir ou d'y suppléer.

Il participe également aux missions d'enseignement.

Au sein de l'EHPAD, l'ergothérapeute :

- Evalue les capacités et incapacités du résident, ses performances motrices, sensorielles, cognitives et psychiques ;
- Analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux et les situations de handicaps ;
- Est à l'écoute du résident et savoir faire preuve d'empathie ;
- Conçoit un environnement sécurisé, accessible, adapté et durable ;

- Conçoit et préconiser des aides techniques et entrainer les personnes à leur utilisation ;
- S'assure du confort et du bien-être du résident lors de l'installation au lit, au fauteuil,...

### 5.2.2. Prévention

#### Prévention sensorielle

La prévention sensorielle passe en premier lieu par le fait de ne pas oublier ses lunettes, ses appareils auditifs ou encore par le fait de toucher la personne quand nous entrons en relation avec elle. Cet axe de travail est mis en lien avec la méthodologie Humanitude, qui met en exergue 4 piliers : la verticalité, le toucher, le regard et la parole. Selon cette philosophie, lorsqu'un de ces quatre piliers est déficitaire, la personne peut présenter des difficultés émotionnelles (fragilité, défensivité, régression, etc.).

En dehors de cette action préventive concernant l'ensemble des personnes qui gravitent autour de la personne âgée, l'objectif de cette prévention est de proposer des temps de « rencontres » sensorielles susceptibles de prévenir certains déficits liés à l'âge et/ou alors de les « travailler » lorsque celles-ci sont installées. Le snoezelen, espace de rencontre sensoriel, en est un des principaux outils.

L'espace snoezelen, baptisé espace « zen et sens », est un concept d'origine néerlandaise dont l'origine étymologique vient de « snuffelen » qui signifie ressentir et « doezelen » qui signifie somnoler, se détendre. Cet espace de stimulation sensorielle est dédié à la détente, aux plaisirs et à la complicité avec un accompagnant formé à la diminution des angoisses et à la réminiscence des souvenirs. L'agent formé favorise aussi la communication non verbale au travers du matériel et de l'ambiance, afin de permettre aux résidents de conserver une ouverture vers l'extérieur. Différents matériaux stimulent les sens, parmi lesquels la colonne à bulles, les fibres lumineuses, la projection d'images, le diffuseur d'arômes, la musique douce, différents tissus ou encore le fauteuil relaxant.

L'objectif consiste à former du personnel à cette technique et développer la quantité de séances snoezelen réalisés en l'ouvrant également aux résidents des deux étages de l'EHPAD.

#### Prévention bucco-dentaire

En France, des études ont montré que la situation bucco-dentaire chez les personnes âgées n'est pas bonne : une visite annuelle serait nécessaire, ce qui n'est pas le cas à ce jour en EHPAD, du fait de difficultés importantes relatives aux déplacements des résidents.

Les personnes âgées dépendantes présentent surtout des caries, des maladies parodontales et des pathologies des muqueuses. De plus, bon nombre d'entre elles sont porteuses de prothèses dentaires souvent mal adaptées et inconfortables.

Avant leur entrée en institution, l'entretien bucco-dentaire reste très partiel voire inexistant.

Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution, l'Agence Régionale d'Alsace a fixé cette prévention comme une de ses priorités. Une aide financière a ainsi été octroyée à l'établissement pour la réalisation d'un cabinet dentaire au sein même de l'établissement. Un dentiste a accepté d'intervenir dans la structure pour effectuer des soins. Une convention fixant les modalités d'intervention a été signée.

Par ailleurs, des agents ont été formés à l'hygiène bucco-dentaire et deux référents ont été nommés pour assurer le suivi et organiser les visites chez le dentiste.

### Prévention des chutes

Une attention particulièrement importante est apportée à la prévention des chutes, pourvoyeuses de dépendance. Une analyse concernant les risques et les moyens d'y remédier est mise en place : elle concerne l'ensemble des agents de l'établissement mais aussi les familles des résidents.

La prévention de la chute est intégrée dans la prise en charge du résident, de la manière suivante :

- bilan du comportement du résident dès l'entrée
- adaptation du chaussage si nécessaire
- prescription de kinésithérapie
- installation au fauteuil de positionnement pour éviter tout risque de glissement
- mobilisation active ou passive selon les besoins.

La participation des familles est importante dans le maintien de la stimulation locomotrice. Échanger sur les préconisations en matière de maintien de l'autonomie permet une adhésion des familles. En effet, la prévention des chutes ne doit en aucun cas être synonyme de contention des résidents, une certaine acceptation du risque de chute fait partie du projet de maintien de l'autonomie locomotrice.

Un protocole de contention est ainsi élaboré afin de cadrer ces mises en œuvre par le personnel.

La prévention secondaire intervient lorsqu'une chute a lieu : une fiche de déclaration de chute est remplie par le personnel présent lors de l'incident. L'objectif est de préciser les conditions dans lesquelles l'accident s'est déroulé, d'en définir les causes (physiologiques, architecturales, mécaniques).

Le protocole prévoit également l'analyse périodique des signalements afin de rechercher des solutions pour éviter une nouvelle chute (examen médical, allègement de la prescription médicamenteuse, organisation mobilière de la chambre, chaussage, aide de marche, séances de kinésithérapie, gymnastique

douce ou lorsque la marche fonctionnelle n'est plus possible, installation dans un fauteuil roulant adapté) et de mettre en œuvre des actions de prévention à chaque fois que possible par le kinésithérapeute et l'équipe soignante.

L'atelier « marche et équilibre » est organisé de manière pérenne dans le cadre des animations.

### La contention physique

Selon la recommandation de « bonnes pratiques » de l'ANAES, « la contention physique se caractérise par l'utilisation de moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité pour la personne âgée qui présente un comportement dangereux ou mal adapté ».

Dans une certaine mesure les médicaments psychotropes peuvent également être considérés comme un moyen de contention.

Toute contention physique doit être prescrite par le médecin traitant et réévaluée périodiquement (au sein de l'EHPAD, du PASA et de l'UVP dans un délai maximal de 1 mois).

La contention fait l'objet d'une surveillance en continue par l'équipe soignante qui assure la bonne traçabilité et l'information du médecin prescripteur.

Le protocole « contention physique » est formalisé et les réévaluations hebdomadaires tracées systématiquement.

### Lutte contre l'infection

Comme dans toutes collectivités le risque infectieux est majoré par la vulnérabilité des résidents.

Sur la base du référentiel des bonnes pratiques de soins et de la réglementation et la direction de l'établissement s'est engagée depuis plusieurs années dans une vaste politique de lutte contre les infections :

- Formation et utilisation systématique de Solution Hydro Alcoolique dans le cadre de l'hygiène des mains aussi bien pour le personnel que pour les visiteurs et les intervenants extérieurs ;
- Formalisation des « précautions standards » au travers d'un protocole et de l'achat de matériel adéquat (gants à usage unique non poudrés sans latex, tablier...) ;
- Déploiement de matériel à usage unique pour les soins ;
- Amélioration du matériel et, progressivement, des techniques d'entretien des locaux avec la traçabilité nécessaire ;
- Formation du personnel de cuisine à la méthode HACCP avec des audits réguliers en hygiène par un laboratoire indépendant ;
- Formation du personnel de la lingerie à la méthode RABC ;



- Campagne de vaccination anti-grippale qui atteint un taux de 100% auprès des résidents et un suivi des vaccinations organisé par les médecins généralistes dans les dossiers médicaux ;
- Suivi des températures du Réseau d'Eau Chaude Sanitaire et prélèvement annuel de l'eau chaude ;
- La gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux (protocole finalisé) ;
- Protocoles d'isolement en cas de germes multi résistants ;
- Suivi des infections respiratoires aiguës...

### Prévention et prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation

Pour chaque résident une évaluation de son comportement alimentaire est réalisée selon les observations fournies par le personnel, avec pesée mensuelle. L'ensemble de ces données est tracé dans le dossier du résident. A partir de ces données, sur prescription médicale et selon les résultats éventuels obtenus lors d'analyses biologiques sanguines adaptées (albumine, pré-albumine, électrolytes, etc...) une prise en charge adaptée est réalisée (prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique – prise en charge de la déshydratation hydro-électrolytique – les protocoles concernant ces prises en charge sont formalisés).

On peut citer les protocoles de :

- Prévention de la déshydratation ;
- Prise en charge de la déshydratation.

Par ailleurs des fiches de traçabilité sont intégrées dans les dossiers des résidents à chaque fois de nécessaire :

- Calcul de l'IMC par une infirmière ;
- Surveillance de l'hydratation ;
- Surveillance de la prise alimentaire ;
- Paraphe pour la tournée d'hydratation ;
- Evaluation des prises alimentaires ;
- Surveillance du poids bi-mensuelle ;
- Suivi des selles.

### Prévention et traitement des escarres

Une bonne prise en charge en amont permet d'éviter bien des souffrances aux résidents mais également de limiter les soins et donc le temps nécessaire pour le traitement des escarres. Dans le cadre de cette prévention, l'établissement dispose de :

- Mise en œuvre de la fiche de latéralisation ;

- Matelas anti-escarres ;
- Coussins anti-escarres ;
- De coussins de positionnement ;
- Compléments nutritionnels (boissons, crèmes, poudres hyper-caloriques et/ou hyper-protéinées).

Le protocole de prévention et traitement des escarres est finalisé.

### Traitement de l'incontinence

L'incontinence, dépistée à l'admission, fait l'objet de mesures adaptées (accompagnement aux toilettes, protections). Ces mesures sont réévaluées en cas de problèmes intercurrents ou en fonction du projet de vie individualisé.

Les actions à mettre en œuvre et le suivi sont assurés par le plan de soins.

Le choix du type de protection relève d'une concertation d'équipe validé par une infirmière. Un plan des types de protection par résident est formalisé (Horloge). Il précise les modalités et la traçabilité de la validation des protections mises en œuvre. Cette responsabilité est assurée par la gouvernante.

Il conviendrait de développer des formations courtes (1h environ) proposées par la société commercialisant les produits d'hygiène et d'incontinence, avec pour thématiques : l'anatomie et la physiologie du système urinaire, les différents produits à disposition et leur technique de pose.

### Prise en charge de la douleur

L'observation et l'écoute du résident vont permettre l'évaluation de la douleur (mimiques, râles, plaintes, expression corporelle). Si nécessaire des outils d'évaluation de la douleur sont mis en œuvre : Echelle visuelle analogique (EVA), Doloplus). Le score est tracé dans le dossier du résident.

Le protocole de prévention et de prise en charge de la douleur est formalisé. Une référente « douleur » (infirmière) est nommément identifiée.

### Accompagnement psychologique

Les troubles psychiques (agitation, agressivité, déambulation, crises etc...) sont traités après recherche des causes physiques et psychiques (déshydratation, douleurs, délires, angoisses etc...).

De par sa formation, la psychologue est un garant éthique au sein de l'établissement et une représentante de la parole du résident et de sa famille. Elle intervient essentiellement auprès des résidents mais également auprès de leur famille et du personnel. Sur la base de 0,8 ETP, la psychologue exerce ses missions auprès des résidents de l'EHPAD, de l'UVP ainsi que du PASA :

### Les entretiens cliniques auprès du résident

Ils ont lieu dans la chambre du résident, souvent à la demande de l'équipe soignante. Il s'agit d'apporter un soutien psychologique au résident lors de son admission, à l'accompagner dans cette phase d'adaptation qui peut se révéler très difficile.

Le psychologue accompagne le résident lors d'épreuves douloureuses comme la perte d'un membre de la famille. Il est aussi présent lorsque le résident doit faire face à la perte de son autonomie physique et/ou psychique.

Une attention particulière est donnée aux résidents présentant des troubles psychopathologiques (symptomatologie anxieuse, dépressive, troubles psychotiques).

### Les entretiens avec les familles

Ils ont pour objectif d'accompagner les familles pour lesquelles l'entrée en institution de leur parent est difficile, il s'agit de les rassurer lorsque le déclin physique et cognitif s'accroît et lors de la fin de vie et du décès de celui-ci.

Les familles sont conviées à des rencontres de manière à avoir un temps et un espace pour verbaliser leurs affects en lien avec le placement et le vieillissement normal ou pathologique de leur parent.

### Les évaluations

**L'évaluation neuropsychologique** : la passation de tests est réalisée auprès de résidents présentant des troubles cognitifs par le biais du MMSE. Un bilan cognitif complet pourra être réalisé en hôpital de jour.

**L'évaluation des troubles du comportement** : le NPI est utilisé pour évaluer les troubles du comportement auprès de personnes présentant une maladie d'Alzheimer.

Les résultats de ces tests permettent d'orienter les ateliers de stimulation cognitive ainsi que les autres ateliers destinés à préserver les acquis mnésiques, praxiques et le langage.

### Les ateliers à visée thérapeutique

**L'atelier de stimulation cognitive** : il permet aux résidents présentant des troubles cognitifs importants de préserver leurs acquis à travers des exercices stimulant la mémoire, le langage, l'orientation spatio-temporelle et les praxies.

**L'atelier d'art-thérapie** : l'atelier peinture permet au résident de verbaliser des émotions qui ne sont plus accessibles par la voie du langage.

Ces ateliers ont également pour objectif de favoriser la socialisation, de rompre l'isolement et de permettre une revalorisation narcissique. Ils permettent également de diminuer certains troubles psychiques, d'apaiser le résident et de tendre vers un bien être psychique.

### Le travail avec l'équipe :

Le psychologue participe à la réunion pluridisciplinaire qui a lieu le mardi et le vendredi. Il s'agit d'évoquer les différentes problématiques rencontrées et de faire le point sur l'état affectif et somatique de la personne âgée.

C'est un temps aussi pour réfléchir au sens des activités proposées au résident.

Il y a aussi tous les temps informels au long de la journée entre le psychologue et les différents intervenants (ergothérapeute, kinésithérapeute, animatrices, aides-soignants, infirmières, bénévoles) pendant lesquels nous réfléchissons à adapter nos interventions en fonction des besoins de la personne, de ses capacités psychiques et physiques, de ses désirs.

Le temps de présence en EHPAD, UVP et au PASA est organisé et formalisé.

### Accompagnement de fin de vie

Lorsqu'un accompagnement d'une personne en fin de vie est nécessaire, les résidents doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée. Il s'agit d'accompagner la fin de vie sur le plan médical dans la dignité et le respect de la personne. L'ensemble de l'équipe apporte ses soins et son soutien à la personne dans le cadre d'un accompagnement humain, privilégiant les soins de confort et le soutien psychologique. La participation active de la famille et des proches est favorisée le plus possible dans le respect de la dignité du résident et de ses souhaits.

Un accompagnement psychologique de la famille peut-être proposé également ainsi qu'un soutien spirituel.

Un protocole généraliste en ce qui concerne ces modalités est finalisé. Le plan de formation intègre régulièrement cette thématique à l'adresse du personnel.

Il existe un partenariat (conventionné) avec l'équipe mobile des soins palliatifs du CH de Colmar.

Un travail est réalisé afin de recueillir et tracer les directives anticipées.

### Prévention de la maltraitance – promotion de la bientraitance

Entretenir la culture de la bientraitance passe par un accompagnement personnalisé pour tous les résidents et par tous les professionnels.

La bientraitance est l'une des valeurs professionnelles centrales pour effectuer un travail de qualité en gériatrie. Il existe un ensemble extensif de définitions de la bientraitance, il est donc primordial que chaque établissement et chaque équipe et professionnel gravitant autour du résident, réfléchisse à cette notion. En effet, la bientraitance détermine notre façon d'aborder la vie, nos actes, nos pensées et exige que systématiquement nous la mettions en œuvre.

L'objectif principal peut se définir comme ne pas faire de tort à l'autre, ne pas lui nuire, le considérer en tant qu'être humain, et trouver un équilibre entre les bénéfices et les risques qui constituent les conséquences de nos actes. Il faut donner du sens aux actes que nous effectuons au quotidien, personnaliser l'accompagnement, faire attention à l'autre, etc.

La bientraitance, terme mélioratif, implique une recherche constante d'amélioration de nos pratiques quotidiennes. Elle concerne tout le monde, les professionnels, les résidents, les familles, les aidants... « *La bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque.* ». La notion de bientraitance est associée pour moi à la notion de maltraitance qui n'est pas son contraire mais comme le définit Yves Gineste « *il y a maltraitance quand un soignant ou une institution commet, tolère, provoque des actes en tant que professionnel du soin qu'il n'accepterait pas pour un membre de sa famille ou quelqu'un qu'il aime* ».

Pour réfléchir à cette notion de bientraitance et aux pratiques de l'établissement, une infirmière et la psychologue animent des réunions pluridisciplinaires, moments d'échanges et de partage pour les professionnels.

### 5.2.3. Les relations extérieures et le travail en réseau

L'arrêté du 26/04/1999 recommande l'inscription des EHPAD dans un réseau.

Définition donnée par l'ANAES :

« La notion de réseau de santé inclue celle de réseau de soins. Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs : professionnels de champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collectives et d'éducation pour la santé. »

Par référence à cette définition, on voit que la démarche essentielle du travail en réseau est la création de lien entre des partenaires.

L'EHPAD les Fraxinelles s'inscrit dans un réseau gérontologique de soin pour assurer une prise en charge globale des résidents accueillis. Des conventions fixant les modalités de coopération entre partenaires sont signées avec des structures sanitaires gériatriques locales telles que l'Hôpital de Ribeauvillé et les Hôpitaux Civils de Colmar.

Ces conventions ont pour principal objet d'assurer la continuité des soins de manière à :

- faciliter les flux de patients et optimiser la prise en charge gériatrique (prioriser un passage direct en court séjour gériatrique, faciliter l'accès au plateau technique dont imagerie médicale notamment) ;
- favoriser la communication des informations relatives aux résidents ;
- favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts de résidents en milieu hospitalier ;

- développer une culture gériatrique commune et un partage des pratiques professionnelles.

En outre, des partenariats ont été formalisés pour répondre à des besoins ponctuels :

- Convention de mise à disposition d'un praticien hospitalier de psychiatrie du secteur de psychiatrie générale 68 H 01 auprès de l'EHPAD de Bergheim 29/04/2010 ;
- Convention destinée à la lutter contre les effets de la canicule 16/06/2011 ;
- Convention de coopération (SRR-EHPAD) avec la Résidence hospitalière de la Weiss Kaysersberg 09/01/2014 ;
- Convention entre EHPAD et Hôpital de jour de Ribeauvillé 23/04/2014 ;
- Convention de coopération (SRR-EHPAD) avec l'Hôpital de Ribeauvillé 6/06/2014 ;
- Convention de partenariat entre le CDRS et l'EHPAD relative à la filière de prise en charge entre le PASA de l'EHPAD et l'UHR du CDRS 22/10/2014 ;
- Convention de partenariat en l'HAD du Centre Alsace et l'EHPAD 30/09/2014 ;
- Convention relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles en soins palliatifs 16/05/2013.

#### Autres partenariats :

- Convention pour le prêt d'un véhicule ;
- Convention avec le laboratoire des ménétriers de Ribeauvillé pour organiser les relations entre le laboratoire de biologie médicale et l'EHPAD intervenant par les professionnels de santé qui réalisent tout ou partie de la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale en tant que préleveurs externes 23/10/2013 ;
- Convention relative aux modalités de collaboration entre la pharmacie d'officine et l'EHPAD pour assurer aux résidents qui le souhaitent la préparation et la délivrance de produits de santé réglementés conformément aux propositions de recommandation relatives à la préparation éventuelle des doses à administrer 19/05/2014 ;
- Convention entre le Conseil départemental du Haut-Rhin et l'EHPAD pour l'aide à l'équipement et le fonctionnement de la bibliothèque par la médiathèque départementale 11/09/2014 ;
- Convention entre le centre d'application de la médiation par l'animal et l'EHPAD 15/12/2014 ;
- Convention entre l'Association les Blouses roses – animation Loisirs à l'Hôpital et l'EHPAD du 13/03/2015.



## **6. LE POLE D'ACTIVITE DE SOINS ADAPTES (PASA) DE L'EHPAD**

### **6.1. INTRODUCTION**

Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) « Les Capucines » est un lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées, durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés.

Ce pôle accueil chaque jour en semaine et, selon les besoins des personnes, au maximum 14 résidents de l'EHPAD « les Fraxinelles ».

Chaque personne concernée de l'EHPAD peut bénéficier de un ou plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptées.

La très grande majorité des résidents souffre de multi-pathologies. Ces pathologies sont non seulement physiques, mais également psychiques. La prépondérance des démences liées au vieillissement du public accueilli se renforce chaque année. Offrir aux résidents une autre prise en charge permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins et souhaits des résidents.

Le PASA a ouvert ses portes le 9 Mars 2015. La labellisation est prévue dans un an.

Cette structure accueille chaque jour 14 résidents.

### **6.2. STRUCTURE ARCHITECTURALE**

#### **6.2.1. Les locaux disponibles**

Au sein du PASA, il est mis à disposition des résidents :

- un grand salon dédié au repos, aux activités collectives et aux repas ;
- un espace cuisine pour les activités thérapeutiques ;
- une petite salle d'activités en petit groupe ;
- des locaux de services nécessaires au fonctionnement du pôle (4 WC aisément accessibles, rangement nettoyage, bureau, office commun entre le PASA et l'UVP (Unité de Vie Protégé) ;
- une terrasse aménagée et des jardins qui permettent la déambulation pouvant communiquer avec l'UVP (l'espace est sécurisé) ;
- La salle de bain collective et l'Espace Snoezelen de l'UVP sont également très proches et facilement accessibles.

#### **6.2.2. Usage et confort des locaux**

Le pôle d'activités et de soins adaptés, conçu pour accueillir 14 résidents, est aisément accessible depuis les lieux d'hébergement de l'EHPAD.

D'un caractère non institutionnel et convivial, l'architecture du PASA répond à une qualité d'usage des espaces et des équipements facilitant le travail des personnels. Elle permet des activités quotidiennes rappelant celles du domicile associé à des soins adaptés. Elle prend en compte la nécessité d'un environnement qui ne

produise pas de sur-stimulations sensorielles. De grandes baies vitrées intérieures et extérieures permettent de privilégier la lumière naturelle, et favorisent le repérage visuel de tous les espaces.

### **6.2.3. Sécurités et orientation**

La sécurité des résidents qui est assurée en premier lieu par l'attention du personnel, est par ailleurs facilitée par une conception architecturale permettant la libre circulation entre les différents espaces du PASA. Les portes sécurisées au niveau des différents accès communiquent vers l'EHPAD et l'UVP, ainsi que du jardin thérapeutique vers l'extérieur. Le repérage des lieux est facilité par la signalisation sur chaque porte.

## **6.3. ACCUEIL DES RESIDENTS**

### **6.3.1. Population accueillie**

14 résidents peuvent-être accueillis par jour avec une fréquence en moyenne de 2 à 3 fois par semaine.

Le pôle d'activités et de soins adaptés accueille des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents ; et accueille des personnes provenant des unités d'hébergement de l'EHPAD.

### **6.3.2. Critères d'inclusion**

L'admission répond à plusieurs critères :

- Le consentement du résident (si possible) ;
- L'information de la famille ou du référent familial ;
- La présence d'un diagnostic posé de démence ;
- L'évaluation du NPI-ES, pour mesurer les troubles du comportement ;
- L'évaluation du MMS, pour mesurer les troubles cognitifs ;
- Le GIR, pour mesurer l'autonomie physique ;
- L'élaboration d'un espace de vie individualisé définissant les objectifs de prise en charge dans le PASA.

La décision d'admettre un résident dans le PASA résulte d'une réflexion collective qui inclut le médecin coordinateur, la psychologue, l'infirmière référente, l'infirmière du service et le soignant référent du projet de vie. C'est l'ergothérapeute qui supervise ensuite l'intégration du nouveau résident dans le groupe. Le résident et sa famille sont également associés à cette réflexion. Ainsi l'ensemble des acteurs gravitant autour de la personne âgée s'implique dans le processus d'admission en PASA.

### 6.3.3. Critères de sortie

En fonction de l'évolution de l'état de santé physique ou psychique du résident, de son comportement, de ses besoins, une sortie du PASA peut être envisagée en équipe pluridisciplinaire. En cas d'interruption de prise en charge ou de sortie définitive au PASA, la famille sera informée de cette décision qui s'appuiera sur une évaluation avec l'outil NPI-ES et la formalisation de nouveaux objectifs intégrés dans le projet de vie.

## 6.4. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

### 6.4.1. Projet de vie

Tout résident accueilli à l'EHPAD et donc au PASA a un projet de vie finalisé. Il est élaboré par le référent désigné (soignant de l'EHPAD) en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Il retrace la biographie de la personne, le contexte de son entrée, les habitudes de vie, les souhaits et les besoins quotidiens. Il est réévalué tous les 6 à 8 mois ou lors d'un changement important de l'état de santé et lors de son admission (ou sortie) au PASA. Le projet de vie du PASA est centré sur les activités de la vie journalière et sur les activités proposées et gérées par le personnel du PASA. Ces ateliers thérapeutiques entretiennent les fonctions cognitives et physiques. Ils visent à améliorer l'état psychologique, à atténuer les troubles du comportement, ainsi qu'à favoriser la socialisation et l'autonomie du résident.

### 6.4.2. Objectifs spécifiques du PASA

La prise en charge au sein de cette unité a pour objectif :

- De valoriser les capacités restantes de la personne âgée,
- De récupérer une certaine autonomie,
- De réduire l'agitation et la déambulation par la participation à des activités adaptées,
- De diminuer la consommation de psychotropes,
- D'améliorer la qualité de vie au sein de la collectivité.

### 6.4.3. Spécificité des intervenants au PASA

Tous les intervenants de cette unité sont spécialement formés :

#### L'Assistant de soins en gérontologie

**Définition** : L'assistant de soins en gérontologie est titulaire du diplôme d'état d'aide-soignant, auquel s'ajoutent 140h de formation spécifique, axée sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés.

L'assistant en soin gérontologie est un aide-soignant expérimenté dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et de la grande dépendance.

### Missions :

- aider et soutenir les personnes âgées fragilisées par la maladie en tenant compte de leurs besoins et degrés d'autonomie ;
- contribuer à l'évaluation des besoins de la personne âgée présentant des déficiences sensorielle, physiques ou psychiques ou des troubles du comportement ;
- assurer avec attention, vigilance et sollicitude tous les actes qui soulagent une souffrance créent du confort, restaurent et maintiennent une bonne qualité de vie de la personne âgée ;
- écouter, conseiller, soutenir, guider et accompagner les familles ou l'aidant de la personne : être un interlocuteur privilégié des familles ;
- aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte des besoins et des degrés d'autonomie ;
- assurer avec attention, vigilance, ménagement, prévenance et sollicitude, tous les actes qui peuvent concourir à soulager une souffrance, créer du confort, restaurer et maintenir une adaptation de l'individu à son environnement ;
- restaurer ou maintenir ces capacités ;
- lutter contre la solitude et l'ennui ;
- maintenir ou restaurer l'image d'eux-mêmes.

### Objectifs :

- réaliser les soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées
- participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de vie individualisé
- mettre en place des activités de stimulation des fonctions cognitives et physiques, de maintien de lien social en lien avec les autres professionnels
- comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé.

### L'ergothérapeute

La prise en charge des patients se fait la journée avec une participation dans les activités de la vie journalière ainsi que par d'autres activités plus spécifiques soit en groupe, soit en individuel.

Son but est le maintien des capacités restantes (capacités physiques mais surtout psychique et mnésique) le plus longtemps possible.

C'est une stimulation de tous les moments de la journée : toilette, repas adaptée aux possibilités de chacun. Cette stimulation sera aussi plus spécifique par la mise en place d'ateliers avec des buts bien définis :

- atelier mémoire soit en groupe soit en individuel afin de stimuler les mécanismes de la mémoire en fonction des bilans effectués au préalable ;
- atelier équilibre ou gymnastique douce en groupe afin de créer des échanges entre les patients mais aussi de stimuler leurs capacités physiques et motrices par des exercices adaptés ;

- ateliers thérapeutiques individuels ou en petit groupe mettant en fonction certaines capacités bien définies par des activités spécifiques le plus souvent manuelles.

[La psychologue](#) (Cf. chapitre projet de soins)

[L'animatrice](#) (voir projet d'animation)

## **6.5. MODALITES DE FONCTIONNEMENT DU PASA**

### **6.5.1. Organisation du service**

Le PASA ouvre ses portes à partir de 10h jusqu'à 17h. Deux agents sont présents au PASA chaque jour. Parmi les agents on retrouve :

- une ASG, tous les jours (un roulement s'effectue sur une équipe de 5 agents dédié à l'UVP et au PASA) ;
- un ergothérapeute, du lundi au jeudi ;
- une psychologue, les vendredis matins ;
- une animatrice, les vendredis après-midi.

Un protocole relatif aux modalités de fonctionnement du PASA est formalisé et intégré dans la base documentaire qualité.

### **6.5.2. Déroulement type d'une journée**

#### [9h30-10h00 : Accueil des résidents](#)

L'ASG cherche dans les services les résidents et prend connaissance des transmissions utiles.

Les résidents auront pris leur petit-déjeuner, leur toilette sera faite et ils seront habillés correctement, avant d'être accompagnés au PASA. Dans la majorité des cas, la prise en charge se fera la journée.

#### [10h-10h30 :](#)

- Tournée boisson
- Discussion autour de l'état général du résident
- Discussion autour de l'actualité (calendrier, météo, informations locales et générale...en favorisant les interactions)

#### [10h30-12h : Activité du matin selon le planning](#)

#### 12h00-13h30 : Temps du repas

- Préparer la table avec les résidents pour le repas,
- Prise du repas thérapeutique,
- Débarrasser la table avec les résidents

#### 13h30-14h

Mise aux toilettes et/ou repos et/ou activité autonome (mise à disposition permanente d'activités, jeux de société, lecture, promenade dans le jardin, repos dans les fauteuils, etc...)

#### 14h-15h45 : Activité de l'après-midi selon planning

#### 15h45-16h30 : Collation

#### 16h30-17h : Retour en chambre des résidents (assuré par l'ASG) + transmissions.

En lien avec l'évaluation des activités individuelles et collectives, la prise en charge des résidents est évaluée mensuellement (fermeture du PASA un mercredi par mois).

### **6.5.3. Planning des activités et objectifs généraux**

#### Pâtisserie

- stimule l'appétit
- éviter l'isolement du résident
- renforcer l'autonomie
- entretien de la relation à autrui
- prendre du plaisir à plusieurs
- valorisation

#### Chant + danse

- entretien de la mémoire à long terme
- entretien des capacités motrices
- éviter l'isolement du résident
- favoriser le maintien des souvenirs et les renforcer
- entretien de la relation à autrui
- prendre du plaisir à plusieurs



### Activité motrice

- entretien des capacités motrices
- entretien des amplitudes articulaires
- entretien de la force musculaire
- entretien de l'endurance
- éviter l'isolement du résident
- entretien de la relation à autrui
- prendre du plaisir à plusieurs

### Jeux de société (éveil des sens)

- stimuler à titre préventif certaines fonctions cognitives (mémoire olfactives, mémoire auditives, stéréognosie, mémoire visuelle)
- éviter l'isolement du résident
- favoriser le bien-être des résidents par une ambiance conviviale, ludique
- entretien de la relation à autrui
- prendre du plaisir à plusieurs

### Mémoire

- entretien de la mémoire à court terme et de la mémoire de travail,
- entretien de la mémoire à long terme : de la mémoire épisodique, de la mémoire sémantique et procédurale
- éviter l'isolement du résident
- favoriser le maintien des souvenirs et les renforcer
- entretien de la relation à autrui

### Activité manuelle

- entretien de la mémoire procédurale
- entretien de la mémoire de travail
- favorise les interactions (partage de matériel, redemander une consigne oublier, entraide etc...)
- entretien de la relation à autrui
- entretien de la dextérité manuelle
- stimule l'imagination
- éviter l'isolement des résidents
- valorisation
- favorise les comportements sociaux adaptés

- renforcer l'autonomie
- prendre du plaisir à plusieurs

### Loto

- prendre du plaisir à plusieurs
- favorise les interactions
- entretien de la relation à autrui
- favorise les comportements sociaux adaptés
- éviter l'isolement du résident
- entretien de la relation à autrui

### Film ancien

- entretien de la mémoire à long terme
- éviter l'isolement du résident
- favoriser le maintien des souvenirs et les renforcer
- prendre du plaisir à plusieurs
- favoriser un moment de détente



## EHPAD INTERCOMMUNALES

Les Fraxinelles

68750 Bergheim

### PLANNING ACTIVITÉS PASA

	LUNDI	MARDI	MERCREDI *	JEUDI	VENDREDI
10:00	Accueil des résidents	Accueil des résidents	Accueil des résidents	Accueil des résidents	Accueil des résidents
10:15	Autour de l'actualité	Autour de l'actualité	Autour de l'actualité	Autour de l'actualité	Autour de l'actualité
10:30	Atelier Gourmet	Atelier Activité motrice jeux moteur	Atelier Mémoire sémantique	Atelier jeux de société loto,...	Atelier Activité manuelle art thérapie
12:00	Préparation Repas	Préparation Repas	Préparation Repas	Préparation Repas	Préparation Repas
	REPAS avec le personnel	REPAS avec le personnel	REPAS avec le personnel	REPAS avec le personnel	REPAS avec le personnel
13:30	Temps REPOS Transmissions + suivi activité	Temps REPOS Transmissions + suivi activité	Temps REPOS Transmissions + suivi activité	Temps REPOS Transmissions + suivi activité	Temps REPOS Transmissions + suivi activité
14:00	Atelier Musicales danse et/ou chant	Atelier Jeux de société de stimulation des sens	Atelier Activité manuelle	Atelier Bien-être Visionnage de film ancien	Atelier Activité motrice Gym douce ou danse assise
15:45	Collation Retour en chambre	Collation Retour en chambre	Collation Retour en chambre	Collation Retour en chambre	Collation Retour en chambre
17h:00	Transmissions + suivi activité	Transmissions + suivi activité	Transmissions + suivi activité	Transmissions + suivi activité	Transmissions + suivi activité
* le PASA sera fermé tous les premiers mercredis du mois					
	Manuelles et récréatives	bricolage - couture - décoration - jardinage		Gourmet	confections de gouters - confitures - pâtisserie
	Musicales	chants - écoute musicales		Mémoire	actualité - lecture - histoire de vie - jeux de société
	Gymnastique	danse assise - gym douce - promenade - équilibre		Eveil des sens	stimulation sensorielle des 5 sens - Snozelen

## **6.6. PARTICIPATION DES FAMILLES**

Les familles sont informées de l'orientation vers le PASA du résident et leur accord est sollicité.

Un planning des activités du résident est déposé dans chaque chambre.

Les familles sont invitées à rendre visite au résident en dehors des heures de fonctionnement du PASA lorsque cela est possible, afin de ne pas perturber les activités de la journée.

## **7. L'UNITE DE VIE PROTEGEE (UVP) DE L'EHPAD**

### **7.1. INTRODUCTION**

L'unité de vie protégée « Les Hortensias » a pour mission de répondre aux objectifs du plan Alzheimer et aux recommandations de bonnes pratiques publiées par l'ANESM en assurant la meilleure qualité de vie possible aux personnes accueillies, en conservant leur place de sujet à part entière et leur dignité.

Les personnes atteintes de cette maladie reçoivent une approche personnalisée et adaptée à leurs besoins.

### **7.2. STRUCTURE ARCHITECTURALE**

L'UVP est intégrée au rez-de-chaussée de l'EHPAD « les Fraxinelles ». Tous les aménagements intérieurs visent la qualité de vie des personnes :

- La différenciation des espaces jour et nuit en intégrant un espace de repos dans la partie jour ;
- Une cuisine thérapeutique ouverte ;
- Une salle à manger faisant également office de salle d'activités ;
- Des chambres spacieuses (20 m<sup>2</sup>) avec sanitaires intégrés ;
- Des sanitaires communs dans l'espace jour et nuit ;
- Un espace Snoezelen ;
- Une salle de bain collective.

Les personnes âgées peuvent également accéder de plein pied à une terrasse et un jardin thérapeutique aménagé.

L'ensemble de la conception architecturale vise à faciliter la déambulation sans risque pour le résident.

Une attention particulière a également été apportée à des aménagements spécifiques adaptés afin de prévenir les risques tels que :

- Des revêtements de sol antidérapants ;
- Le contrôle des accès par commande à code.

De la même manière, la lumière naturelle a été privilégiée (baies vitrées sur le parc) et les différents espaces différenciés par des aménagements différents.

### **7.3. POPULATION ACCUEILLIE :**

L'unité de vie « Les Hortensias » accueille 14 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés qui ont besoin d'une structure sécurisée. Elles sont en perte d'autonomie et ont besoin d'un accompagnement qui les rassure dans les gestes de la vie au quotidien.

L'accueil des personnes peut se faire par admission directe ou par transfert de l'EHPAD.

#### **7.3.1. Les modalités d'admission :**

Il s'agit de personnes qui :

- souffrent d'une maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés ;
- ne doivent pas souffrir d'une pathologie psychiatrique prépondérante ;
- doivent être autonomes au déplacement ou en fauteuil, le projet de l'UVP étant essentiellement pensé et destiné à des personnes déambulantes à un stade de la maladie où elles ont particulièrement besoin de pouvoir évoluer librement dans un cadre sécurisé et bénéficier d'animations et d'activités adaptées à leur état.

#### **7.3.2. Les critères de sortie :**

La sortie de l'UVP est prononcée en cas de :

- pathologie psychiatrique apparaissant pendant le séjour ;
- trouble du comportement dont l'intensité entraîne une mise en danger pour le résident ou pour les autres résidents ;
- d'incapacité à faire des transferts avec perte d'autonomie à la marche nécessitant une aide importante systématique aux déplacements.

### **7.4. PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT :**

#### **7.4.1. Le projet de vie :**

Le projet de vie personnalisé définit les objectifs d'accompagnement du résident et les prestations qui lui sont délivrées.

Tout résident accueilli à l'EHPAD et donc à l'UVP a un projet de vie finalisé. Il est élaboré par le référent désigné (soignant de l'EHPAD) en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Il retrace la biographie de la personne, le contexte de son admission, les habitudes de vie, les souhaits et les besoins quotidiens. Il est réévalué tous les 6 à 8 mois ou lors d'un changement de l'état de santé du résident.

La famille ou les proches sont consultés tout en veillant à ce que l'expression et l'observation des volontés du résident soient prioritaires.

#### **7.4.2. Les objectifs spécifiques :**

La prise en charge au sein de cette unité a pour objectif :

- d'améliorer la qualité de vie des résidents en réduisant les facteurs anxiogènes ;
- de préserver les capacités résiduelles en proposant des actions adaptées ;
- d'agir sur les troubles du comportement pour les réduire par le biais d'approches non médicamenteuses ;
- de favoriser les relations entre la famille et le résident.

#### **7.4.3. Le personnel du service :**

L'équipe de l'UVP se décompose comme suit :

- 0.5 infirmière ;
- 4 assistants de soins en gériatrie dont 1 ASG référent (qui interviennent également au PASA) ;
- 4 agents de services hospitaliers (qui interviennent également au PASA).

Les agents travaillant dans ce service suivent des formations en lien avec leur mission.

Les professionnels sont également formés :

- à l'utilisation des outils d'évaluation ;
- aux techniques et analyse des comportements ;
- aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés ;
- à la prise en charge de troubles du comportement.

Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées une fois par mois (le 1<sup>er</sup> mercredi du mois) en vue d'exposer les situations complexes, les projets de vie et l'organisation de l'unité. Les décisions prises font l'objet d'une formalisation écrite.

L'équipe travaille en collaboration avec d'autres professionnels (psychologue, animatrices, ergothérapeute, bénévoles).

#### **7.4.4. Soins de base : Cf. chapitre le projet de soins**



## 7.5. MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE L'UVP :

### 7.5.1. Une journée type à l'UVP :

Le respect des rythmes de vie des personnes accueillies et l'individualisation de la prise en charge prévalent toujours sur une organisation figée.

Ainsi, l'organisation prévue relève d'un fonctionnement souple où le rythme collectif ne contraint pas les rythmes individuels. Toutefois les temps forts des repas sont privilégiés afin de maintenir les repères des résidents et la convivialité qui les accompagnent.

#### *Matin*

- le lever s'échelonne entre 7h et 9h, l'équipe porte une attention particulière aux personnes susceptibles de dormir après 9h ;
- le petit-déjeuner est servi vers 8h30 et au fur et à mesure de l'arrivée des résidents. Il peut être servi exceptionnellement en chambre ;
- la matinée est consacrée aux soins d'hygiène et de confort (toilettes, douches, bains relaxants) ;
- un temps est dédié à la stimulation de la communication entre les résidents et le personnel.

#### *Midi*

- le repas est préparé dans le cadre de la chaîne chaude par le service de restauration ;
- les personnes participent, en fonction de leurs capacités, à la préparation de la table ;
- le « manger main » peut être proposé ou à l'initiative du résident ;
- le repas est servi par l'équipe soignante ;
- à l'issue du repas, un temps est consacré au rangement de la salle à manger.

Dans le cadre d'une animation, une partie du repas peut être préparé avec les résidents.

#### *Après-midi*

- pour les personnes qui le souhaitent, un temps de repos est possible dans les lieux de repos prévus dans la partie jour ;
- des activités diverses et variées sont proposées ;
- une collation est servie en milieu d'après-midi.

### Soir

- le repas du soir est servi à 18 h selon les mêmes modalités que le petit déjeuner ;
- les médicaments sont administrés à chaque repas selon la prescription médicale.

### Nuit

Le rythme de sommeil de chaque personne est pris en compte, aussi le coucher des résidents a lieu de manière échelonnée. La liberté de déambulation est préservée et une présence soignante est assurée pour assurer la sécurité des personnes et surveiller les déambulations.

### **7.5.2. Le programme d'activités de l'UVP**

Les animations proposées sont en cohérence avec les projets individualisés ou collectifs de manière à répondre au mieux aux attentes et besoins des résidents.

De préférence l'activité sera ciblée sur un petit nombre de résidents dans un espace/temps adapté (salle d'activités UVP). L'ambiance doit inviter à la concentration.

Les ateliers de stimulation cognitive s'intègrent dans une approche globale, cognitive, psychologique et sociale : ils ont pour but de développer ou d'entretenir les acquis et les motivations, de retrouver une confiance en soi et de rompre l'isolement social.

(Annexe planning des activités UVP).

Les animations ponctuelles : l'espace Snoezelen est utilisé de façon ponctuelle de manière à réduire les troubles du comportement (anxiété, agitation). Une formation spécifique à l'utilisation de cet espace est programmée en 2016 en destination des intervenants professionnels (psychologue, ASG, animatrices...).

Des sorties extérieures seront prévues de manière à favoriser la socialisation et pour permettre de vivre d'autres expériences.

L'animation de médiation animale intervient tous les deux mois. Elle a pour objectif de favoriser la communication, d'apporter du plaisir et de stimuler certains sens tels que le toucher et l'ouïe.

Certains résidents partagent les activités communes avec les résidents de l'EHPAD : repas de fête, office, sorties extérieures, activités musicales, intervention des intervenants extérieurs.

### **7.6. LE ROLE DES FAMILLES ET DE L'ENTOURAGE DU RESIDENT :**

Les familles, les amis, les voisins, les visiteurs sont chaleureusement accueillis dans une relation de confiance. Leur présence est très importante dans le cadre respectueux de la vie de l'unité de vie. La relation de confiance est à la base de la qualité de vie de l'accompagnement des résidents.

Les proches peuvent être tous des acteurs dans l'accompagnement des résidents, chacun gardant son rôle et sa place, en fonction de chaque situation individuelle.

Les proches sont invités aussi à participer à la vie de l'établissement et à ses instances : Conseil de Vie Sociale, réunions avec la psychologue (celles-ci sont organisées à raison de 2 ou 3 fois par an sur des thèmes proposées par la psychologue ou laissés à l'initiative des familles).

Les horaires de visite sont de 13 heures à 20 heures (une tolérance en dehors de ses horaires est admise dans certaines conditions).

Les souhaits de proches de s'impliquer ou non dans la vie de la personne au sein de l'établissement seront respectés sans jugement.

Les proches ont en charge les vêtements et produits d'hygiène personnelle des résidents.

Les proches doivent penser à transmettre les informations utiles au personnel. Ils sont sollicités pour aider à comprendre les habitudes de vie de leur proche.

Il est conseillé aux proches de discuter avec les équipes professionnelles des changements apportés au cadre de vie des résidents et signaler sans peur toute difficulté.

## **8. LA POLITIQUE QUALITE**

### **8.1. HISTORIQUE**

La démarche qualité a été initialisée dès 2012 dans le cadre de la fusion décidée en 2011. Une première évaluation interne menée en concertation avec les équipes de Bergheim et de St Hippolyte visait notamment l'harmonisation des pratiques.

Une seconde évaluation interne réalisée, à nouveau sur les deux sites, a permis de préparer la fusion des deux établissements dans un souci de qualité optimale en vue d'intégrer un site unique en novembre 2014.

L'évaluation externe a été finalisée en juillet 2014.

Ces approches qualitatives ont permis à l'établissement de formaliser plusieurs politiques institutionnelles (Cf. Préambule du projet d'établissement 2016-2019).

Consécutivement à ce travail, l'établissement est à même de rendre compte de sa démarche qualité basée sur des engagements, des objectifs, une organisation et une méthode.

### **8.2. LES ENGAGEMENTS**

- Comprendre les besoins et les attentes des résidents et s'assurer qu'ils sont bien perçus et satisfaits à chaque fois que possible ;
- Prouver la qualité des soins et de l'hébergement, qui est légitimement due au résident et promouvoir l'amélioration continue de la qualité et de la prévention des risques ;
- Respecter les obligations légales et administratives ;
- Sensibiliser et former le personnel à la qualité et à la gestion des risques ;

- Impliquer l'ensemble du personnel dans une démarche participative et promouvoir la reconnaissance des compétences.

### 8.3. LES OBJECTIFS QUALITES

- Améliorer le service médico-social rendu ;
- Mettre en œuvre le principe des chartes et conventions ;
- Mettre en œuvre une politique d'évaluation des prestations fournies au résident ;
- Déployer la culture qualité ;
- Pérenniser les évaluations internes et externes.

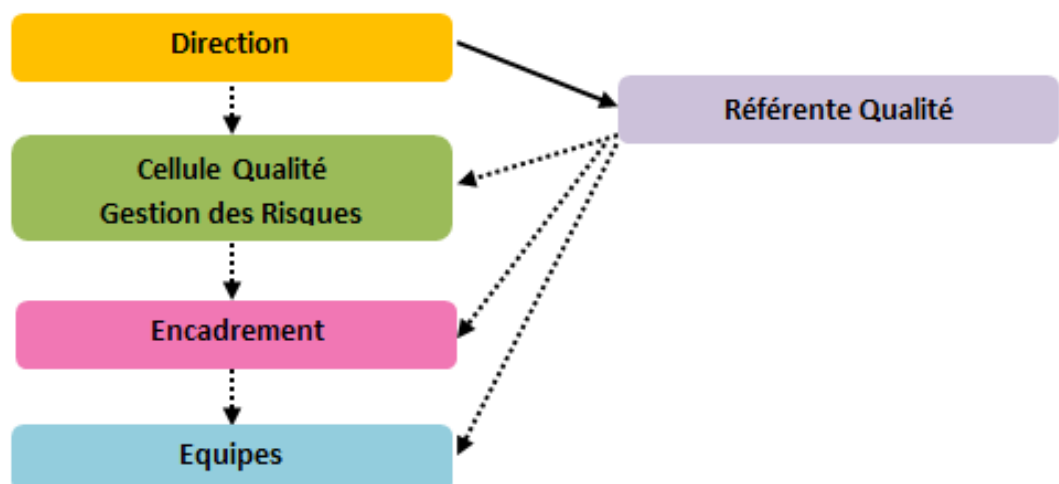
### 8.4. LES OBJECTIFS RELATIFS A LA PREVENTION DES RISQUES

- Développer la culture de prévention et de gestion des risques par la systématisation des signalements des événements indésirables et d'une organisation de gestion de crise (pandémie, canicule, absentéisme...) ;
- Assurer la sécurité au sein de l'établissement tant pour les résidents, les usagers que pour les professionnels ;
- Inscrire l'établissement dans une logique de développement durable.

### 8.5. RESPONSABILITE EN MATIERE DE QUALITE

La direction de l'EHPAD « Les Fraxinelles » est responsable de l'élaboration de la politique dont elle confie la supervision à la cellule qualité et gestion des risques.

#### 8.5.1. Organigramme hiérarchique



## 8.5.2. Le fonctionnement opérationnel

### La cellule qualité

La cellule qualité et gestion des risques (CQGR) est placée sous l'autorité directe de la directrice d'établissement qui en assure la présidence.

Elle a vocation à représenter l'ensemble des personnels de l'établissement.

Elle travaille en coopération avec les instances de l'établissement.

Ses membres sont agents de l'établissement ou siègent dans les instances de l'établissement.

Elle travaille en étroite collaboration avec le référent qualité qui est membre de droit de la cellule.

### La cellule qualité exerce deux types de missions :

#### **Elle est une instance de propositions et d'évaluation :**

La cellule qualité contribue à la définition de la politique qualité et est consultée sur tous les domaines relevant de l'assurance qualité pour lesquels elle émet des propositions à la directrice.

Elle assure en particulier :

- La définition des principes de la politique qualité :  
La cellule élabore et propose les principes devant régir la politique qualité de l'établissement.
- L'information de la direction sur la mise en œuvre du programme qualité
- La programmation des différentes phases du projet de démarche d'amélioration continue.
  - Mise en place d'un dispositif de gestion des risques : étude des risques identifiés et proposition d'un dispositif de signalement et de traitement curatif, correctif et préventif,
  - Mise en œuvre d'une gestion documentaire consistant à s'assurer de l'existence de procédures relatives à l'ensemble de l'organisation médico-sociale,
  - Procédure d'auto-évaluation à partir des référentiels et plus particulièrement des recommandations de bonne pratique de l'ANESM,
- L'évaluation des résultats obtenus, de la satisfaction des objectifs fixés et de la conformité aux référentiels appropriés
- L'élaboration ou la réorientation du programme qualité en regard des propositions réalisées par les groupes de travail ou des résultats des évaluations réalisées.

### **Elle est une instance de supervision de la démarche qualité :**

La cellule qualité supervise les travaux des services engagés dans la démarche qualité. Elle rend compte de son action auprès des instances de l'établissement.

Elle assure en particulier :

- La définition des méthodes et indicateurs adaptés au suivi du projet :  
La cellule élabore et propose tous types de supports, documents ou méthodologies aptes à permettre les travaux en cours et orienter l'action des services concernés.
- La supervision et la coordination des groupes de travail
- Elle initie la constitution de groupes de travail, en fonction des orientations retenues.

C'est dans le cadre de cette organisation que l'EHPAD les Fraxinelles poursuit sa démarche d'amélioration de la qualité dans l'objectif de mettre en place une véritable culture Qualité basée sur les attentes des résidents, familles et partenaires (tutelles, fournisseurs...).

La démarche d'amélioration de la qualité implique un engagement de l'établissement sur le long terme et requiert une implication de tous les professionnels participant à l'accompagnement du résident. La création de la cellule Qualité et Gestion des risques répond à ce besoin.

### **8.5.3. La prise en compte des besoins des résidents**

L'expression des usagers permet de prendre en compte leurs besoins et d'évaluer leur satisfaction dans l'objectif d'adapter nos prises en charge et organisations aux réels besoins de la population accueillie.

Le résident est positionné comme ayant une place primordiale dans sa prise en charge. Plusieurs instances ou groupes sont mis en place afin de faciliter l'expression des résidents et des familles :

- Le Conseil de la Vie Sociale qui se réunit 3 fois par an avec pour objectif de permettre la participation des résidents et leurs familles à la vie de l'établissement ;
- La commission des menus qui est l'élément clé d'une politique transparente et organisée autour des repas ;
- La commission animation qui a pour objectif de créer un lien entre tous les acteurs (résidents, familles, animatrices, personnes extérieures) en vue de réaliser et valider le projet d'animation ;
- Les rencontres avec la direction et la psychologue ;

Toutes ces rencontres permettent de prendre en compte les besoins et attentes des résidents et familles.

Enfin l'évaluation de la satisfaction est également mesurée par le questionnaire de satisfaction remis chaque année aux résidents et aux familles.



La Cellule qualité en assure le traitement, l'analyse, le suivi des actions préventives ou correctives et surtout la communication des résultats au niveau des différents services, du CVS et des autres instances.

#### **8.5.4. La gestion des risques**

##### La gestion des événements indésirables

Il existe une fiche de signalement des événements indésirables et un registre de réclamations et des plaintes.

Un protocole « gestion des risques » est formalisé et reprend les différentes étapes du circuit de la FSEI, de la déclaration au traitement, en passant par l'analyse de l'événement indésirable grave (EIG).

Le recueil est assuré par la responsable Qualité.

#### **8.5.5. Les résultats des évaluations interne et externe**

L'EHPAD les Fraxinelles a réalisé son évaluation interne en 2013, suivi de l'évaluation externe en juillet 2014.

##### L'évaluation interne

L'évaluation interne a été menée de manière participative et concertée. Elle a été consécutive à une formation portant sur les recommandations de l'ANESM « l'évaluation interne : repères pour les EHPAD ».

Les forces de l'établissement repérées lors de l'évaluation interne portent sur :

- la qualité d'accueil et d'admission du résident malgré la vétusté des locaux ;
- l'animation et le développement des liens sociaux ;
- une restauration adéquate avec les besoins et attentes des résidents ;
- l'évaluation et le suivi de la satisfaction des usagers ;
- l'engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- le management dynamique ;
- l'efficacité de la coordination médicale.

##### L'évaluation externe

L'évaluation externe menée indique que « *Les professionnels des deux sites attendent avec impatience mais aussi une certaine appréhension la livraison du nouvel établissement situé à Bergheim.*

*Cette structure moderne et adaptée sera opérationnelle courant octobre 2014. Les conditions de travail, les organisations et finalement la prise en charge des usagers vont considérablement évoluer (création d'une UVP, d'un PASA, augmentation du nombre de lits...).*

*Nous avons pu cependant évaluer les moyens organisationnels, matériels et humains mobilisés dans les établissements actuels des deux sites Bergheim et St Hippolyte.*

*Premier objectif atteint, la fusion des deux entités et mise en place de pratiques professionnelles communes.*

*Deuxième objectif, préparer au mieux l'intégration des résidents et des différentes équipes dans le nouvel établissement.*

*Point fort de cette restructuration, la dimension humaine. En effet, les professionnels de l'établissement mettent en œuvre un travail en pluridisciplinarité important, avec une implication, une disponibilité et une mobilisation fortes aussi bien en ce qui concerne les droits des usagers mais aussi dans leur aptitude à répondre aux besoins et attentes des résidents, à adapter leurs pratiques malgré les contraintes et les difficultés liées à un environnement inadapté. Ce savoir-faire et ce savoir-être que nous avons constatés sur les deux sites sont à exporter dans la nouvelle structure.*

*L'accompagnement personnalisé des résidents est aussi un processus abouti dans cet établissement. La qualité de l'encadrement fédère les équipes autour des valeurs telles que la Bienveillance, les bonnes pratiques professionnelles... avec pour fil rouge le respect de la réglementation ; L'animation et les activités occupationnelles sont aussi remarquables.*

*Les supports de traçabilité sont en place et permettent un suivi des actions mises en œuvre. Le logiciel soins est performant et accessible à tous selon les droits définis.*

*La démarche d'amélioration continue se met en place avec la cellule qualité et gestion des risques et la formation d'un référent qualité.*

*La politique de gestion des risques est adaptée mais demande à être formalisée.*

*Le travail en partenariat fait partie des pratiques quotidiennes et constitue un socle solide dans le cadre de l'accompagnement des soins (HAD, EMSP....).*

*Concernant la vie sociale, cette problématique est à encourager et à valoriser par le biais d'une meilleure communication.*

*La réécriture prochaine du projet d'établissement permettra une projection du développement de l'offre de soins et d'accompagnement des usagers dans une dynamique continue de la qualité fondée sur les recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. »*

Par ailleurs, ce rapport souligne la forte implication de la direction et des deux infirmières coordinatrices en charge de la mise en œuvre et de la conduite des objectifs fixés dans le projet d'établissement, qui contribuent à créer un climat de travail et d'accueil de grande qualité en fédérant le personnel autour du projet d'accompagnement des résidents.

Le pilotage par la directrice et la responsable qualité du processus Qualité inscrit la structure dans une dynamique d'amélioration des pratiques et de perfectionnement des compétences.

Par courrier du 13 novembre 2014, l'ARS Alsace et le Conseil Général du Haut-Rhin ont répondu que ce rapport répond de façon satisfaisante aux objectifs fixés par le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 relatif au contenu du cahier des charges pour la

réalisation des évaluations externes et accordent le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement à compter du 3 février 2017.

#### **8.5.6. Les objectifs d'amélioration de la qualité et de la prévention des risques**

Les objectives qualités font l'objet d'un PAQ. Celui-ci intègre les actions d'améliorations mises en évidence par les évaluations interne et externe ainsi que celles encore en cours lors de l'élaboration du projet d'établissement 2015-2019 (Cf. Annexe 2).

### **9. CONCLUSION**

Ce projet rend compte du travail déjà réalisé dans le cadre de la fusion des deux établissements et précise les actions d'amélioration à mettre en œuvre progressivement.

Il a été l'occasion d'un travail commun, partagé dans un souci constant d'évolution et d'intégration. En effet, l'établissement entend poursuivre un développement lui permettant de devenir une référence dans le secteur médico-social, tout particulièrement sur sa zone de proximité.

Cette ambition clairement exprimée offre un indéniable sens à l'action collective et constitue sans aucun doute un véritable moteur à la motivation des agents ; la motivation constituant elle-même la source essentielle à la qualité de l'accompagnement de la personne accueillie d'une part, et à la promotion de la bientraitance dans nos murs, d'autre part.

Pour conduire collectivement ce projet ambitieux dans les années à venir, l'établissement devra engager l'ensemble de ses moyens dans des directions très ciblées.

Il s'agira d'un réel travail d'équipe, qui constituera une nouvelle étape dans le processus d'amélioration de la qualité du service rendu aux résidents et à leur famille et un fonctionnement optimal au sein de l'EHPAD « Les Fraxinelles ».

## **10. Bibliographie : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles**

- « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement »
- « Qualité de vie en EHPAD – Volet 1 – De l'accueil de la personne à son accompagnement »
- « Qualité de vie en EHPAD – Volet 2 – organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne »
- « Qualité de vie en EHPAD – Volet 3 – la vie sociale des résidents en EHPAD »
- « Qualité de vie en EHPAD – Volet 4 – l'accompagnement personnalisé de la santé du résident »
- « Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux »
- « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement »
- « Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »
- « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »
- « Les attentes de la personne et le projet personnalisé »
- « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement »
- « L'expression et la participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale »
- « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »

## **Les Annexes**

Annexe 1 : Les membres du comité de pilotage

Annexe 2 : PAQ

## Annexe 1 : COMITÉ DE PILOTAGE - RÉACTUALISATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

NOM Prénom	Fonction
DOLLE Corinne	Directrice
BEYER Céline	IDE
CASTRONOVO Carmen	Gouvernante
COLLIN Marie-Odile	IDEC
D'AMBROSIO Véronique	IDE
ERMEL Laura	Adjoint administratif
GRAFF Joëlle	Animatrice
GRIFFON Estelle	Animatrice
MEZI Christiane	ASH
RASSER Audrey	Ergothérapeute
SPENLE Lucie	Psychologue
STAHL Emilie	AS
WALTER Luc	Médecin coordonnateur
WELSCHINGER Sonia	IDEC

## Annexe 2 : PLAN D'ACTION D'AMELIORATION DE LA QUALITE - MAI 2015

THEME	PRI ORI TÉ	ACTIONS D'AMELIORATION	ÉCHÉANCES	RESPONSAB LES	INDICATEURS DE SUIVI	DATE DE RÉALISATI ON	DATE DE RÉACTUALISA TION
<b>ACTIONS REPRISES DU PAQ 2013</b>							
<b>CQGR</b>	1	Intégrer la réglementation relative à la prévention de la Légionellose (circulaire de février 2013). Mettre en œuvre le carnet sanitaire, assurer de manière tracée la maintenance des réseaux d'eau, réaliser le suivi dans le respect de la réglementation.	Fin de l'année 2015	Directrice IDEC Homme d'entretien	Respect de la réglementation Finalisation et présentation du carnet sanitaire à la Direction (date/visa)		
	4	Réaliser à terme la cartographie des risques à priori	Courant l'année 2016	Cellule Qualité Gestion des Risques	Le document formalisé présenté aux instances en lien avec la matrice des risques		
<b>PRISE EN CHARGE</b>	2	Promouvoir les évaluations de pratiques professionnelles et notamment celle de : - la prévention de la dénutrition - la prévention des escarres - de la douleur - de la toilette	Au moins une évaluation par an	Cellule Qualité Gestion des Risques + Responsable qualité	Grille d'évaluation Plan d'action suite aux évaluations		
	3	Réunir la commission gériatrique (nbr de résidents pris en charge par le médecin coordonnateur, rôle et mission de la commission gériatrique si besoins, ...) et faire signer les contrats aux médecins traitants	2e semestre 2015	Direction + Médecin coordonnateur	Nombre de contrats signés avec les médecins libéraux Date de la réunion de la commission gériatrique		

ACTIONS DU PAQ 2015							
<b>FORMATI ON</b>	6	Mettre en place le DPC dans le cadre de la formation continue	2018	Directrice	Nombre d'agent ayant bénéficié du processus DPC		
<b>CQGR</b>	2	Evaluer le document unique	Annuellement	Directrice CHSCT	Validation annuelle par le CHSCT		
	8	Réaliser tous les deux ans une évaluation de la bientraitance à l'aide du questionnaire d'auto-évaluation de l'HAS	Février 2016	Référente qualité			
	1	Réitérer la traçabilité des actions d'amélioration dans les services d'alimentation, le suivi en est assuré par la référente qualité	Annuellement	IDEC Service cuisine Référente qualité	Validation de la mise en œuvre des actions d'amélioration		
	3	Systématiser une enquête de satisfaction annuelle en direction des résidents et des familles	annuellement à partir de 2015	Directeur	Date de réalisation Taux de retour		
	4	Formaliser le règlement intérieur du CVS	Juin 2015	Directrice			
	7	Formaliser une politique d'ouverture sur l'extérieur en précisant les actions concrètes	en continu	Directrice	Type d'actions menées dans l'année		
<b>PRISE EN CHARGE</b>	5	Elaborer les rapports annuels (compte-rendu d'activité) : psychologue, animatrices, ergothérapeute et les présenter aux instances	annuellement	Directrice	Rapports élaborés et date de présentation		