

PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2022-2027

Présenté au Conseil d'Administration le 18/10/22



CCAS / EHPAD

Résidence du Lac - Hervé Sabatié

Rue Andrée Chédid

82130 Lafrançaise

direction @rdl82.fr

 *05 63 65 92 94*

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	01
CHAPITRE I - PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	02 à 15
1.1 Identité de l'établissement	03
1.1.1 <u>La fiche d'identité</u>	03
1.1.2 <u>L'organigramme de consultation, de décision et de gestion</u>	04
1.1.3 <u>Le statut juridique et le financement de l'EHPAD</u>	05
1.2 L'établissement dans son environnement	05
1.2.1 <u>Localisation</u>	05
1.2.2 <u>Situation dans le village</u>	06
1.2.3 <u>Encrage dans l'environnement</u>	06
1.3 Le bâtiment	07
1.3.1 <u>L'histoire de l'institution</u>	07
1.3.2 <u>L'Architecture</u>	08
<i>a. Les niveaux et les pièces</i>	8
<i>b. Les chambres</i>	9
<i>c. Les jardins, les lieux partagés et les tiers lieux</i>	9-11
<i>d. L'amélioration des performances énergétiques</i>	11
1.4 Les services internes	12
1.3.3 <u>L'organigramme du personnel</u>	12
1.3.4 <u>Le pôle hygiène et restauration</u>	13
1.4.3 <u>Le pôle technique et la lingerie</u>	13
1.3.5 <u>Le pôle animation</u>	13
1.3.6 <u>Le pôle soins</u>	14
1.3.7 <u>Le pôle administratif</u>	14
1.5 Le CVS	15
CHAPITRE II - LES MODALITES D'ACCUEIL	16 / 21
2.1 Les résidents accueillis	17
2.1.1 <u>En unité classique</u>	17

CHAPITRE III - LE PROJET DE SOIN ----- 22 / 39

Introduction 23

3.1 L'organisation médicale et Paramédicale 24

3.1.1 Les ressources internes 24

a. Le Médecin Coordinateur	24
b. L'Infirmière Coordinatrice (IDEC)	24
c. Les Infirmières (IDE)	24
d. Les Aides-Soignantes AS, Aides-Médico- Psychologique AMP/ AES, Les Assistants de Soins Gériatriques ASG	25
e. Les agents de Service et Faisant Fonction	25
f. La psychologue	25
g. L'animatrice	26
h. Les équipes de nuit	27

3.1.2 Les ressources externes 27

a. Les Médecins Traitants	27
b. Les Kinésithérapeutes	28
c. Le Professeur de sport adapté	28
d. Les Pédicures	28
e. L'Ergothérapeute	28
f. La Diététicienne	29
g. La Sophrologue	29
h. La Musicothérapeute	30
i. Les autres intervenants	30

3.2 Le suivi médical 30

3.2.1 L'évaluation gériatrique standardisée	30
3.2.2 Le dossier médical	30
3.2.3 La continuité des soins	31
3.2.4 L'urgence médicale	31
3.2.5 Les conventions de partenariat	31
3.2.6 La gestion du médicament	32
3.2.7 La prise en charge des personnes dites démentes	32
3.2.8 L'accompagnement de la fin de vie	33

3.3 La prévention 34

3.3.1 La prévention de la dénutrition	34
3.3.2 La prévention des escarres	34

2.2 La procédure d'accueil 18

2.1.2 En unité protégée	17
2.1.3 Porosité entre les unités	17

2.3 Les documents d'accueil 20

2.3.1 Le contrat de séjour	21
2.3.2 Le livret d'accueil	21
2.3.3 Les annexes au contrat de séjour	21

3.3.3	La prévention de l'incontinence	35
3.3.4	La prévention des chutes	35
	<i>a. Offrir un environnement sécurisant</i>	35
	<i>b. Limiter le risque de chute</i>	35
	<i>c. Rechercher le ou les causes de chutes</i>	35
3.3.5	La prévention du manque d'accès aux soins : objectifs 2022-2027	36
	<i>a. La prévention et la santé bucco-dentaire</i>	36
	<i>b. Les téléconsultations CPTS</i>	36
	<i>c. L'adressage direct aux médecins spécialistes</i>	36
	<i>d. L'intervention dérogatoire des équipes mobiles</i>	36
3.4	Les nouvelles technologies au service du soin	37
3.4.1	la télémédecine et les assistants médicaux connectés	37
3.4.2	Le logiciel de soin et les tablettes	37
3.4.3	la climatisation	37
3.5	La formation du personnel	37
3.6	Les axes de travail 2022-2027	38
	<i>Conclusion du projet de soins</i>	<i>39</i>

CHAPITRE IV - LE PROJET D'ANIMATION ET DE VIE SOCIALE ----- 40 / 45

Introduction	41
4. 1 Le pôle animation	42
4.2 Le projet de l'unité classique	42
4.2.1 Les ressources internes	42
4.2.2 Les ressources externes	43
4.3 Le projet de l'unité protégée	43
4.3.1 Les locaux et les jardins	43
4.3.2 L'équipe	44
4.3.3 Les activités proposées	44
4.4 Axes de travail et d'amélioration du projet d'activité et de vie sociale 2022-2027	45

CHAPITRE V - SATISFACTION, BIEN-ÊTRE ET OBJECTIFS QUALITE 2022-2027 ----- 46 / 50

5.1 La bientraitance	47
5.1.1 Généralités et définition	47
5.1.2 Evaluation annuelle	47
5.1.3 Les fiches de signalement d'évènement indésirable	48
5.1.4 Les entretiens annuels	48

5.1.5 La formation du personnel	48
---------------------------------------	----

5.2 La satisfaction des résidents	48
---	----

5.2.1 Généralités	48
-------------------------	----

5.2.2 Evaluation annuelle	49
---------------------------------	----

5.2.3 Des instances de participation directe à l'amélioration de la qualité	49
---	----

5.3 La démarche qualité	49
-------------------------------	----

5.3.1 Généralités	49
-------------------------	----

5.3.2 Evaluation interne ou auto-évaluation	50
---	----

5.3.3 Evaluation externe	50
--------------------------------	----

CONCLUSION DU PROJET D'ETABLISSEMENT	51
--	----

Les Annexes

❖ Contrat de séjour + avenants y compris Annexes relatives à la liberté d'aller et venir.	
❖ Livret d'accueil.	

❖ Dossier d'Admission	
-----------------------	--

❖ Planning indicatif Novembre et Décembre 2022 UC et UP.	
--	--

❖ Planning d'animation UC et activités UP Novembre et Décembre 2022.	
--	--

❖ Conventions de partenariat.	
-------------------------------	--

❖ Formations réalisées et prévues.	
------------------------------------	--

❖ Règlement Intérieur du personnel.	
-------------------------------------	--

❖ PV de la Commission de Sécurité.	
------------------------------------	--

PREAMBULE

Le présent projet a été co-construit avec l'ensemble de l'équipe. Ambitieux, il pose la ligne de vie et les objectifs vers lesquels l'établissement s'engage à tendre.

Il entre en vigueur suite à la rénovation totale et l'extension de l'EHPAD. Il acte les évolutions au sein de l'unité classique et pose le premier projet de service de l'unité protégée.

Le projet architectural a été pensé comme résolument tourné vers l'avenir, avec un seul but : celui de construire l'EHPAD de demain. Cela signifie, concrètement, un important travail de projection et d'anticipation des besoins et attentes des usagers du futur de manière à ce que la structure soit en mesure de suivre les évolutions sociétales et technologiques des décennies à venir.

Ainsi, ce bâtiment est pensé de manière à satisfaire aux attentes esthétiques bien sûr, mais aussi environnementales (chaufferie bois, réseau de chaleur, réduction des bio-déchets, isolation, lumières à Led...), technologiques (fibre dans toutes les chambres permettant la mise en place aisée de la domotique, wifi accessible à tous, détecteurs de mouvements), normatives (accessibilité, jardin clos, unité protégée etc..) sociales et éthiques (jardins thérapeutiques, tiers lieux, ouverture sur l'extérieur, confort des chambres, présence d'une chambre pour les familles, installation de rails de transferts de manière à prévenir les TMS et préserver le personnel etc...).

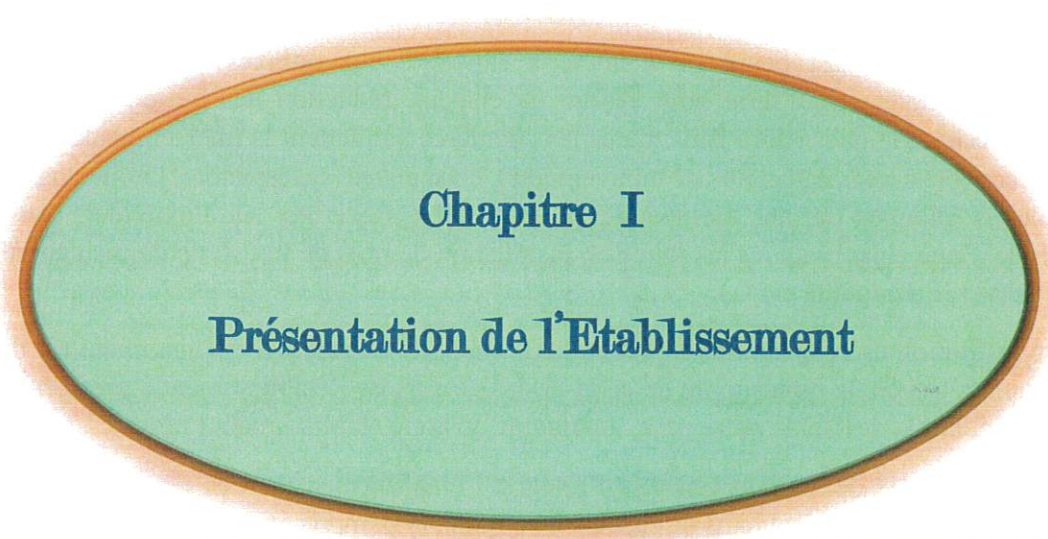
Toute institution est, par nature, oppressante. L'enjeu de ce projet d'établissement est de poser clairement comment, à travers la philosophie de celui-ci, les acteurs de l'établissement s'engagent à préserver en son sein ce qui fait la devise de notre pays, autant que de notre établissement Public :

Liberté : de choix de ses intervenants, d'intégrer l'établissement et d'en repartir, d'adapter ses soins et sa prise en charge selon les souhaits de chacun, de circuler (y compris en unité protégée). Cette liberté comprend très clairement la possibilité de refuser. Nous considérons que c'est même la dernière liberté préservée au crépuscule de la vie, quand toutes les autres ont disparu. Refuser d'entrer en structure, refuser certains soins, refuser un traitement prescrit, refuser une hospitalisation, refuser de s'alimenter etc...Ce projet, en préambule, pose donc clairement le refus par l'établissement des soins de force, du recours à la contention physique ou chimique, de l'alimentation contrainte, de l'uniformisation du quotidien.

Egalité : des services proposés, des prix de journée quelle que soit l'unité d'accueil, égalité de traitement sans distinction de revenus, égal accès à l'EHPAD grâce à l'habilitation aide sociale à 100%, non-discrimination selon les revenus, l'origine, le niveau social, les convictions, le sexe etc...

Fraternité : Par le regard porté sur chacun des usagers et des personnels. Ce regard partagé posé sur l'autre, qu'il soit résident, famille ou personnel de l'établissement se doit d'être un regard bienveillant, attentif aux besoins de chacun et prenant en compte l'équilibre entre la vie dans la structure et la vie à l'extérieur de celle-ci. Ce regard, quel que soit celui qui le porte et celui vers lequel il porte, doit être empathique et toujours dans une recherche sincère de solution satisfaisante pour chacun.

La liberté n'est pas un état mais un ressenti. On peut se sentir libre entre des murs et prisonnier dans la nature. C'est l'ambition de ce projet d'établissement : Œuvrer pour gommer autant que faire se peut le sentiment d'enfermement lié au grand âge, au handicap et à l'institutionnalisation.



Chapitre I

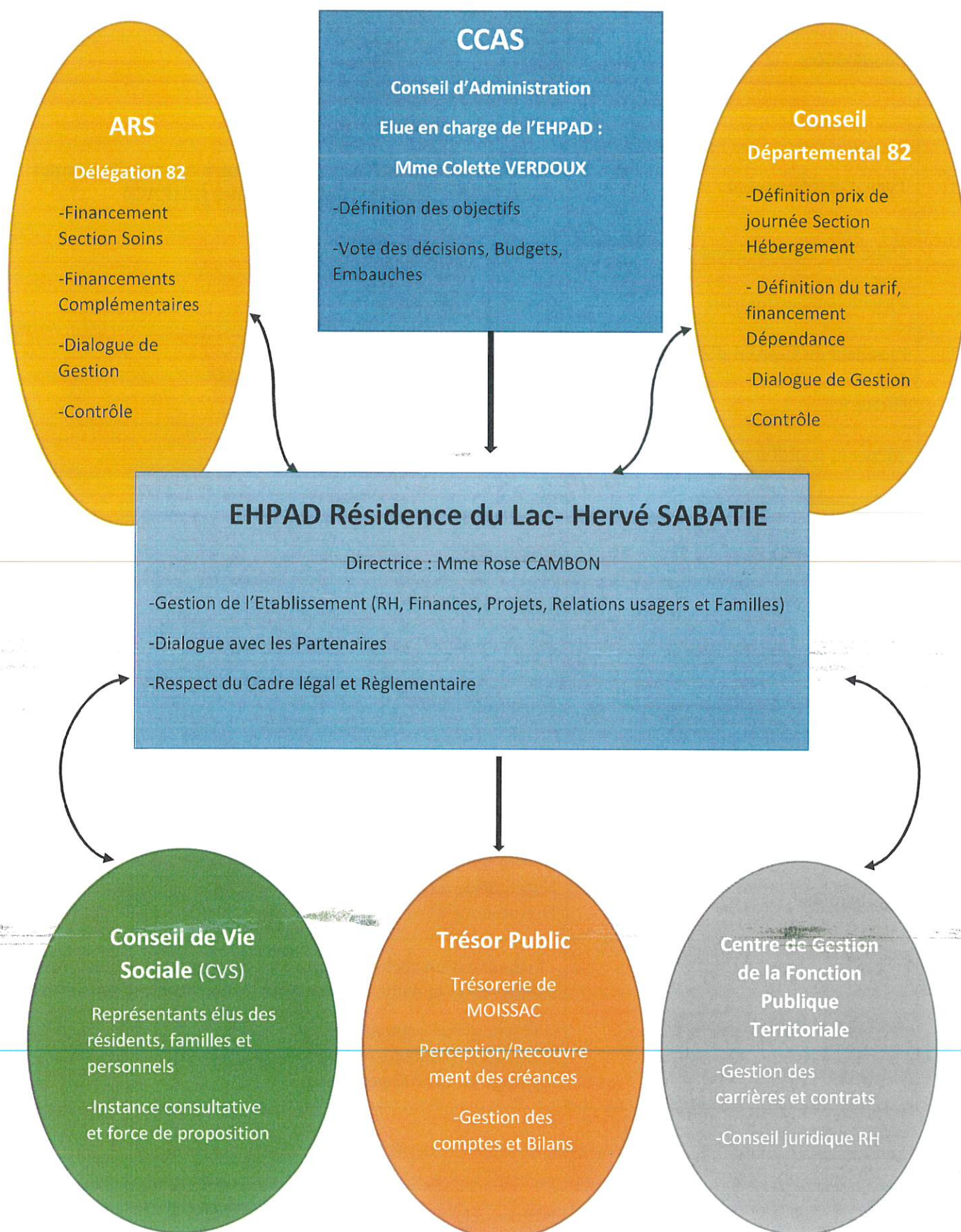
Présentation de l'Etablissement

1.1 Identité de l'Établissement

1.1.1 La fiche d'identité

Coordonnées	EHPAD Résidence du Lac - Hervé Sabatié - Pechméjà Bas Rue Andrée Chédid 82130 LAFRANCAISE Tel : 05 63 65 92 94 Mèl Direction : direction@rdl82.fr Mèl secrétariat : secretariat1@rdl82.fr secretariat2@rdl82.fr
Type d'établissement	Etablissement Médico-Social d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et Semi-Autonomes (EHPAD)
Statut de l'établissement	Fonction Publique Territoriale
Organisme gestionnaire	CCAS de Lafrançaise
Président du Conseil d'Administration	Monsieur Thierry DELBREIL
Directrice	Madame Rose CAMBON
Médecin coordonnateur	Dr Serge MARTIN
Infirmière Coordinatrice	Madame Laetitia MAGNE idec@rdl82.fr
FINESS	820005668
SIRET	26820105000039
Date de première Ouverture	1989
Date de réouverture après rénovation	Novembre 2022
Date de Signature du dernier CPOM	19 Décembre 2019
Capacité	Capacité Totale : 48 Places d'Hébergement permanent dont 16 Places en Unité Protégée et 32 Places en Unité classique
Habilitations	Habilitation à l'Aide Sociale, à l'Allocation Personnalisée D'Autonomie (APA) et à l'Aide Personnalisée au Logement (APL)
Secteurs et Publics accueillis	- Présence d'un secteur adapté pour la prise en soin des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés -Présence d'un secteur classique adapté pour la prise en soin des résidents dépendants ou semi-autonomes, sans troubles du repérage ou du comportement

1.1.2 L'organigramme de consultation, de décision et de gestion de l'EHPAD



1.1.3 Le statut juridique et le financement

L'EHPAD est un établissement Public territorial, administré par le CCAS de Lafrançaise, et bénéficiant d'un budget autonome.

Cela signifie que toutes les décisions sont soumises au vote du Conseil d'Administration du CCAS, représenté par son Président (le Maire de Lafrançaise), puis soumises à la validation de la Préfecture.

Les orientations de l'établissement sont également validées par les partenaires et financeurs, au travers du présent Projet d'Etablissement et du CPOM, mais aussi du rapport de gestion (ERRD) annuel, qui entérine leur mise en place et leur financement à travers trois sources :

-Les ressources liées à l'Hébergement, c'est-à-dire le prix de journée payé par les résidents. Il est fixé par le Conseil Départemental, après concertation avec l'établissement. Il est revalorisé chaque année en fonction du taux directeur fixé par l'Etat et par le CPOM.

-Les ressources liées à la Dépendance : à chaque GIR (niveau de dépendance) est attribué un tarif annuel. Le « ticket modérateur », c'est-à-dire la valeur du GIR 5/6, reste à la charge du résident et s'ajoute au prix de journée Hébergement. L'éventuelle valeur des points des GIR 4 à 1 est financée par le Conseil Départemental et versé, selon les départements, soit directement à l'établissement, soit au résident qui le reversera à l'EHPAD. C'est l'APA. Selon le niveau de revenus, certains résidents peuvent être amenés à participer au financement de leur dépendance.

-Les ressources du Soins : évalué tous les 5 ans sur la base de la charge réelle en soins de l'établissement à une date donnée, il donne lieu à un nombre de points, la valeur de chaque point correspondant à une dotation. C'est le PATHOS. La dotation soins est versée par la CPAM par l'intermédiaire de l'ARS.

1.2 L'Etablissement dans son environnement

1.2.1 Localisation

L'établissement est situé dans le Centre Nord du Tarn-et-Garonne, dans un triangle formé avec Moissac à L'Ouest et Montauban au Sud Est. En surplomb du Tarn, le village est situé sur une colline dominant les terres d'alluvions en bord de rivière, plantées de fruitiers. Situé à 15 Km de la Préfecture et de la Sous-Préfecture, la commune comporte de nombreux hameaux, une vie de village dynamique et des politiques volontaristes. Retenue pour le Projet « Petites villes de demain », Lafrançaise travaille à un projet global d'aménagement de territoire incluant, bien sûr, l'EHPAD, et son environnement.



1.2.2 Situation dans le village



L'EHPAD est situé au bas du centre bourg et surplombe la vallée des loisirs qui regroupe la piscine, le lac, le camping, les terrains multisport. Il a vue sur la crèche, le centre de loisirs et le village.

1.2.3 Encrage dans l'environnement

Le présent projet se veut résolument tourné vers son environnement et ouvert sur le village. Historiquement, l'EHPAD est très lié avec la vie du village et reste un service de proximité. Preuve en est l'origine géographique d'une majorité de nos résidents, comme de nos personnels; mais aussi la forte implication des associations locales et les partenariats entre l'EHPAD et les acteurs locaux (Troisième Age, Mutualité, associations culturelles, crèches et centres de loisirs, conseil municipal jeunes ...).

Très désireux d'accentuer l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur, et fort du constat qu'au vu de la dépendance des résidents, il est plus facile de faire entrer l'extérieur dans l'EHPAD que sortir l'EHPAD à l'extérieur, des tiers lieux sont prévus dans le nouvel établissement. Mitoyenne à la résidence se situe la cuisine centrale gérée par le CCAS de Lafrançaise ainsi que le service de portage des repas à domicile. Cette cuisine possède une galerie de communication avec la Résidence lui permettant d'approvisionner

l'établissement, mais aussi la communication entre la cuisine, les résidents, le personnel et les familles. Le projet de soins de l'établissement met l'accent sur l'importance de l'alimentation santé et plaisir en EHPAD, notamment grâce au Projet Alimentaire de Territoire et à la loi Egalim, qui encadre l'utilisation de produits frais, locaux, de saison et cueillis à maturité.

1.3 Le Bâtiment

1.3.1 Histoire de l'institution

Foyer logement au moment de sa création en 1989, l'établissement s'est transformé en EHPAD en 2005. La première tranche de travaux a eu lieu en 1989 avec la livraison de 30 studios. Une seconde tranche en 1995 a permis une extension et la création de 3 studios supplémentaires. Ultérieurement, l'appartement de fonction du Directeur a été transformé en logements portant ainsi le nombre total de studios à 37, dont deux ayant une salle de bains commune jusqu'en 2021.

D'importants travaux de réhabilitation et de mises aux normes ont été réalisés au fil du temps, mais ceux-ci n'ont pas permis de satisfaire aux obligations en matière de sécurité, d'accessibilité, de praticité pour les résidents et les agents. Le Conseil d'Administration dans sa séance du 24 novembre 2004 a validé le projet de transformation de l'établissement en EHPAD. En effet, l'augmentation de la dépendance des résidents nécessitait une médicalisation de plus en plus importante, avec la présence d'infirmières et d'aide soignantes ainsi qu'une véritable garde de nuit. Le passage en EHPAD devenait indispensable d'autant que la formule de foyer logement ne correspondait plus aux besoins de la population du fait du développement de l'aide à domicile, du portage des repas et du choix de maintenir à domicile les personnes dont l'autonomie le permettait.

Ce projet répondait également à la prise en compte de l'évolution de la structure et des nouvelles dispositions réglementaires : incendie, sécurité et accessibilité aux personnes porteuses de handicaps. C'était aussi permettre aux résidents dont la dépendance augmentait de pouvoir demeurer dans l'établissement.

Cette transformation en EHPAD a impliqué notamment une réécriture des outils réglementaires (règlement de fonctionnement, contrat de séjour) et la mise en place du Conseil de Vie Sociale (CVS).

Les travaux engagés pour la transformation en EHPAD se sont achevés en 2010. L'EHPAD s'est fixé comme objectif principal de sécuriser ses résidents à travers la médicalisation, tout en conservant certains avantages du Foyer Logement : confort et espace des appartements, liberté d'aller et venir, ambiance conviviale.

L'établissement a continué d'accueillir un public très autonome jusqu'en 2017/2018, du fait de son passé institutionnel. Puis, rapidement, l'EHPAD a recentré ses activités sur une population plus traditionnelle en EHPAD, c'est-à-dire, des personnes dont le niveau de dépendance est allé croissant (GIR 1 à 4), n'accueillant plus qu'exceptionnellement des résidents autonomes.

Ainsi, le GMP et le PATHOS augmentant, le forfait soin a été réévalué en 2018, octroyant enfin à l'établissement les financements soin en regard de ses besoins.

Toutefois, la culture institutionnelle est restée, malgré tout, imprégnée de son histoire et le personnel, bien qu'ayant gagné en professionnalisme et en compétence, continue d'avoir une vision très familiale de la structure et de son quotidien.

En 2016, l'établissement a commencé à réfléchir au dépôt d'un dossier d'extension et, suite à réponse à un appel à projet, a obtenu une extension de 11 places pour la création d'une unité protégée. Après beaucoup de péripéties, l'établissement rénové et agrandi ouvre ses portes fin 2022, accueillant désormais 48 Résidents, dont 16 en unité protégée.

1.3.2 L'architecture

a - Les niveaux et les pièces

L'établissement est construit sur 4 niveaux :

- Le Rez-de-Jardin : Il comprend une unité protégée de 16 chambres individuelles avec salle de douche, office, salle à manger, salle d'animation, salle de bain thérapeutique, WC résidents, WC personnels, locaux de stockage. Quatre jardinets et patios aménagés en jardin d'agrément, un patio aux orangers, un jardin potager et un jardin poulailler complètent l'unité protégée. En dehors de l'enceinte protégée sont installés la lingerie, les vestiaires du personnel, des locaux techniques, l'atelier. Ce niveau est desservi par deux ascenseurs et deux escaliers.

Les 16 chambres de l'unité protégée ont toutes vue sur les patios, les jardins, ou la vallée des loisirs.

-Le Rez-de-Chaussée : il comprend l'entrée public, le secrétariat, le hall d'accueil, l'entrée du personnel, les deux ascenseurs et escaliers, l'accès cuisine centrale, le local DASRI, une terrasse couverte pour le personnel, une salle des familles, les bureaux (IDE, IDEC, Partagé, animatrice, Directrice), des locaux de stockage et de ménage, un office du personnel, un salon, une salle d'activité, la salle à manger de l'unité classique, les zones de cuisine (réchauffe/préparation, plonge).

Il compte également 7 chambres résidents avec salle de douche et rails de transfert.

Côté entrée, le bâtiment donne sur le grand jardin clos puis le parking, côté vallée des loisirs, la vue est en premier plan sur la toiture végétalisée de l'unité protégée et en perspective sur le vallon du lac et le village.

-Le 1^{er} Etage : 17 chambres résidents avec salle de douche et rails de transfert, un salon, des locaux de stockage, 2 escaliers, 2 ascenseurs

-Le 2^{ème} Etage : 9 chambres résidents avec salle de douche et rails de transfert, un salon, des locaux de stockage, 2 escaliers, 2 ascenseurs.

A noter, une chambre supplémentaire « itinérante » est disponible dans l'établissement afin de pouvoir répondre à divers besoins : préparation d'entrées, répit et accueil des familles notamment dans les situations d'accompagnement de fin de vie, chambre « sas » lors de changement d'unité. En l'absence de besoin pour ces utilisations, elle est aménagée en salon des familles.

La surface totale bâtie est de 3243 m³ dont 953.63 m³ en Unité Protégée.

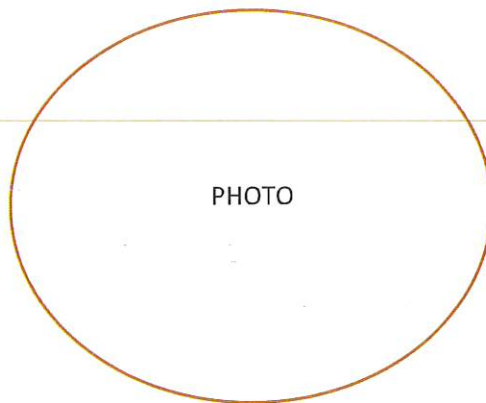
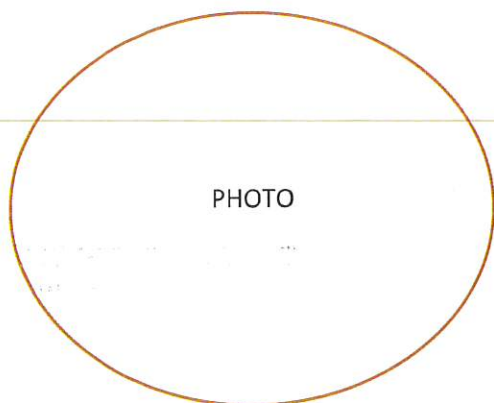


b - Les chambres

> Les chambres anciennes rénovées ont une superficie moyenne de 31.50 m². Elles comprennent une entrée, une salle d'eau avec toilettes, une grande chambre avec placard, tablette de rangement, liseuses, appel malade en chambre et dans la salle d'eau, prises électriques et TNT, prises Fibre permettant la souscription personnelle à une box, téléphone, télévision satellite si le résident le souhaite. Elles possèdent une terrasse donnant sur la vallée.

> Les chambres nouvelles sont plus petites (aux normes actuelles) avec une surface moyenne de 23 m², avec grande fenêtre, placard, tablette de rangement, liseuses, appel malade en chambre et dans la salle d'eau, prises électriques et TNT, prises Fibre permettant la souscription personnelle à une box, téléphone, télévision satellite si le résident le souhaite.

Elles ont vue sur la vallée des loisirs ou sur le jardin et l'entrée principale.



c - Les jardins, les tiers lieux et les lieux partagés

Ils ont été pensés selon un principe simple de laisser le maximum de possibilités : nombreux, de taille différente, ils permettent à la fois de se retrouver en groupe et, par leur nombre, permettent aussi à chacun de s'isoler ou profiter d'un lieu intime avec ses proches. Les contraintes topographiques ont été utilisées pour devenir des points forts.

➤ **Le jardin d'entrée** est situé en bordure du chemin menant au Lac de Lafrançaise que surplombe l'EHPAD. Il permet aux résidents de rester ancrés dans la vie du village, par la rencontre et le lieu d'échange avec les promeneurs. Le jardin d'entrée est commun à tous, il fait le lien entre le portail et l'entrée de la résidence, puis se perd en un méandre autour du bâtiment, permettant, à terme, d'accueillir

de nouveaux occupants en capacité d'investir les espaces verts et de les entretenir de façon écologique tout en amenant aux résidents et visiteurs un lien affectif supplémentaire : des animaux herbivores devraient rejoindre l'équipe d'ici peu.



➤ **Le terrain de pétanque** est un tiers lieu par excellence. Il est situé en dehors de l'emprise du jardin d'entrée, en dehors de l'enceinte. Agrémenté d'un candélabre et d'un banc, il est placé de telle sorte à créer une porosité entre extérieur et intérieur de l'EHPAD, favorisant le jeu entre les résidents et les habitants du quartier.



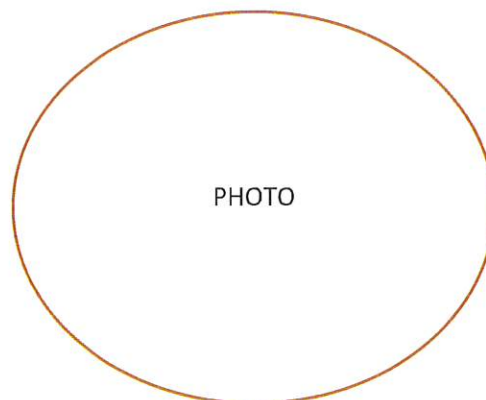
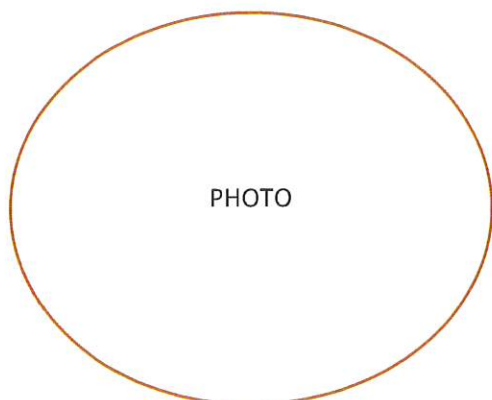
➤ **Les jardins thérapeutiques de l'unité protégée** sont pensés comme quatre espaces sécurisants et rassurants de partage autour des résidents de cette unité, atteints de troubles du comportement, tous pensés à travers le projet d'unité comme des lieux de vie et d'échange avec l'extérieur (jardin potager, jardin des fleurs et des odeurs, poulailler, patio des orangers), tous pensés selon un fonctionnement partagé et intégré dans la vie du village, dans la vie de l'EHPAD et dans l'inclusion des familles, des bénévoles et des volontaires du village. L'idée est de penser ces espaces partagés comme faisant partie intégrante du projet de vie et du projet de soin des résidents.

✎ **Le grand patio**: placé de façon centrale et conférant sa lumière à une grande partie de l'unité protégée, il est accessible en permanence aux résidents et familles et aménagé en espaces de repos distincts mais modulables. Il dispose aussi d'une terrasse prolongeant la salle à manger et permettant de délocaliser repas, goûters, animations lorsque le temps le permet.

✎ **Le petit patio** : à la croisée du huit de déambulation formé par l'unité protégée. Il est un espace intime et contenant permettant à un résident, une famille ou un personnel en activité individuelle de s'isoler du reste de l'unité afin de profiter d'un moment plus intime.

✎ **Le potager** : placé sur le flanc extérieur de l'unité protégée, il donne sur la vallée et est visible et accessible par l'extérieur. Il sera aménagé avec des bancs, des carrés potagers à hauteur, quelques fruitiers et arbustes à baies et nous l'espérons investi par tous les résidents, de l'UP et de l'unité classique qui en ont envie, ainsi que par les familles et les bénévoles.

- Le « poulailler » : placé sur l'autre flanc de l'unité protégée, contre le talus du camping, c'est un espace ombragé qui permet(tra) d'accueillir des poules qui amèneront de la vie dans l'unité, autant qu'une solution acceptable et éthique au recyclage des restes alimentaires.



➤ **Le salon des familles** permettra à chacun de bénéficier d'un espace intime et accueillant pour vivre sa vie de famille, sa vie intime, de façon plus individuelle.

➤ **La salle d'animation** facilite la poursuite des projets d'ouverture sur l'extérieur, que ce soient les échanges avec le 3ème âge du village, la Croix Rouge locale, les associations, avec les CLAE, Crèche et écoles, le partenariat avec les apprentis d'Auteuil dans le cadre de l'enseignement du français langue étrangère, notamment à travers des cycles d'échanges intergénérationnels entre adolescents maliens et résidents sur les chansons traditionnelles et la poésie etc...

➤ **La chambre d'accueil des familles**, pouvant également servir de chambre de répit pour un accompagnant.

d - L'amélioration des performances énergétiques

Dans le contexte écologique, climatique et économique actuel, le bâtiment a été entièrement repensé en terme énergétique.

La production d'eau chaude sanitaire est assurée par une installation de panneaux solaires. Sept capteurs solaires sont mis en œuvre pour une surface d'environ 16m² qui permettra d'assurer la production d'eau chaude sanitaire de l'ensemble de la résidence.

Une chaufferie bois municipale avec réseau de chaleur permet d'assurer le chauffage et un complément d'eau chaude sanitaire si nécessaire.

En parallèle et de façon complémentaire, un système de pompes à chaleur réversible assure la production de chaleur et de froid du bâtiment (chauffage et climatisation). Ce système est associé à des unités intérieures type gainable dans les chambres (équipements en plafond avec grille de soufflage). Par conséquent, le système de pompe à chaleur n'assurera que le refroidissement de l'établissement et le secours en chauffage si nécessaire. L'amélioration se quantifie comme suit :

Gain d'économie d'énergie :

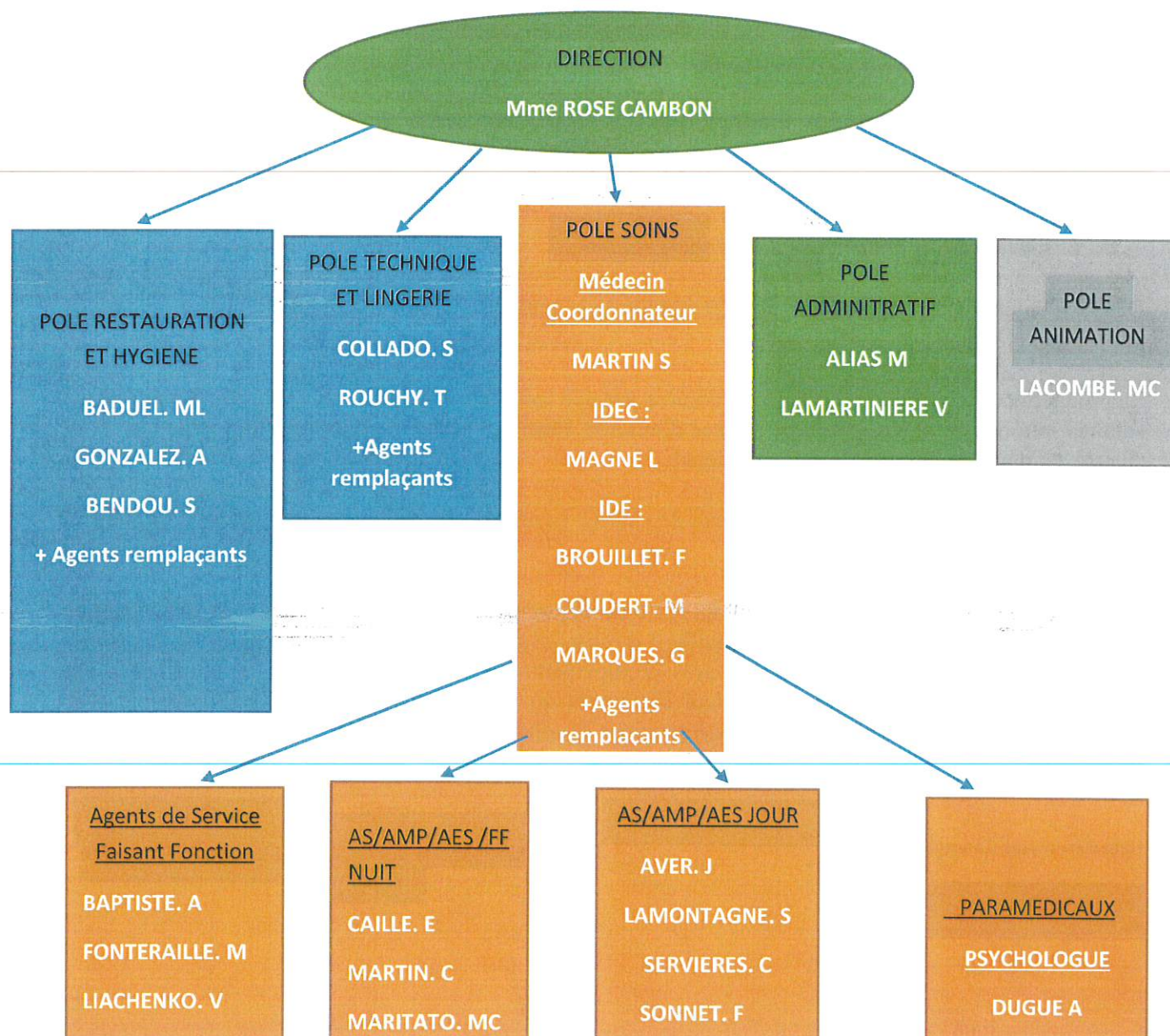
Consommation en kWh/m²/an avant travaux	Consommation estimée en kWh/m²/an après travaux
451.86	235.25

Réduction d'émission des gaz à effet de serre :

Consommation en kgeqCO2/an avant travaux	Consommation estimée en kgeqCO2/an après travaux
24.6	6.8

1.4 Les Services Internes

1.4.1 L'organigramme du personnel au 01/10/2025



1.4.2 Le pôle hygiène et restauration

Les repas sont préparés par la cuisine centrale, également gérée par le CCAS, attenante à l'EHPAD. Nous fonctionnons en liaison froide, de façon générale, ce qui implique un pôle restauration propre à l'EHPAD. Celui-ci est chargé à la fois de la mise en chauffe, de la préparation et du dressage des plats pour chaque repas, mais aussi de la mise en place de la table, de l'hygiène des locaux de restauration ainsi que du respect des normes HACCP durant tout le processus, de la livraison au service.

Les objectifs sur la durée de ce projet (2022-2026) sont :

- Améliorer la qualité esthétique de la restauration (dressage de la table, présentation des plats etc..) afin de « parier » sur l'appétence pour favoriser une prise alimentaire satisfaisante de tous les résidents.
- Améliorer la qualité des plats proposés, notamment sur les plats « lisses », en travaillant de concert avec la cuisine centrale et le laboratoire vétérinaire sur un protocole de préparation « minute » des repas lisses, afin de satisfaire à la nécessité de variété des plats autant qu'à celle de proposer le même menu, adapté à tous, y compris les résidents nécessitant des repas aux textures adaptées.

Un ménage complet des chambres est assuré une fois par semaine, en plus du ménage quotidien, par une équipe formée.

En concertation avec l'équipe, et les référentes alimentation et hygiène, nous faisons donc le choix de dédier une équipe à la restauration et à l'hygiène des locaux, la rigueur et les normes à respecter étant similaires sur les deux pôles. De plus, les agents d'hygiène et de restaurant ont formulé cette demande de mixité dans les tâches et les responsabilités qui leur incombent. Ce pôle est constitué de 4 ETP d'agents de service.

1.4.3 Le pôle technique et la lingerie

Une lingerie aux normes HACCP est construite, le matériel est désormais adapté à la fois aux normes d'hygiène et à la prévention des troubles musculo-squelettiques. Elle est dirigée par une lingère à 0.80ETP renforcée d'une lingère polyvalente à 0.20 ETP.

Le linge des résidents, le linge de toilette, et tout le linge technique sont traités par notre service, sans surcout pour le résident. Seul le traitement du linge plat (linge de lit) est externalisé.

L'agent technique est présent à temps plein pour l'entretien, le suivi des installations techniques, la maintenance et les petites réparations. Formé pour cela, il participe activement à la vie sociale de la structure ainsi qu'à certaines activités telles que l'animation de l'atelier jardinage de l'Unité Protégée.

1.4.4 Le pôle animation

(Voir projet d'animation)

Il se compose d'une animatrice, principalement ancrée à l'EHPAD pour l'animation et la vie sociale des résidents de l'unité classique. Présente du lundi au vendredi de 11h à 18h.

Elle est chargée de co-concevoir avec les résidents un programme d'animations adapté aux attentes, aux capacités et aux envies des résidents, mais aussi de développer, et coordonner l'action des intervenants extérieurs (par exemple 3eme âge, sophrologie, musicothérapie, sport adapté, animations musicales, associations, malle aux livres etc...).

Dans la mesure du possible, elle travaille en binôme avec un membre de l'équipe soignante les après-midi, afin de développer des activités thérapeutiques adaptées, notamment aux résidents présentant des pertes motrices et cognitives conséquentes.

Dans l'unité protégée, le projet d'animation est porté par l'ensemble de l'équipe, qui, sur des plages horaires définies organise tout au long de la journée des temps d'activités formalisés par un projet écrit précisant la nature de chaque activité, les moyens utilisés, les objectifs. Chaque activité réalisée est tracée sur le logiciel de soin et évaluée pour chaque résident.

Les programmes d'activités sont affichés à la semaine, que ce soit pour l'unité classique comme pour l'unité protégée.

Les activités communes entre résidents de l'unité protégée et de l'unité classique sont favorisées, autant que faire se peut et en fonction des résidents accueillis et de la nature de l'activité.

Les activités, particulièrement dans l'unité protégée, viennent en plus des activités occupationnelles quotidiennes que sont la mise de la table et son débarrassage, le soin aux animaux et au potager, le pliage du linge ...

1.4.5 Le pôle soins

(Voir point Projet de Soins).

L'établissement est en recherche active de médecin coordonnateur.

Il dispose :

- d'un ETP d'infirmière coordonnatrice (IDEC) à temps plein,

- de trois ETP d'infirmière (IDE),
- de 12 ETP d'Aides-Soignant(e)s (AS), Aides Médico-Psychologiques (AMP/AES), Agents de Soins Gériatologiques (5ASG diplômé(e)s de jour).
- de 4 ETP d'AS/AMP/ASG/FF de nuit
- de 7 ETP d'agents de service soins de jour
- de 2 ETP d'agents de service soins de nuit
- d'une psychologue à 0.5 ETP
- d'une ergothérapeute vacataire 5h/ semaine

1.4.6 Le pôle administratif

Il se compose de la Directrice et de deux agents administratifs aux missions différentes et complémentaires.

L'une gère le volet comptable et les écritures financières (dépenses/recettes), ainsi que les payes, les facturations, les salaires et les contrats. Elle traite également le volet RH avec les partenaires (CDG82, URSSAF, etc.)

La seconde, détachée à 0.20% sur les missions CCAS, gère le volet humain : planning et suivi des heures réalisées, congés, formations, dossiers résidents ...

Elles assurent ensemble l'accueil physique et téléphonique de l'EHPAD.

La Directrice réalise ou supervise la gestion opérationnelle de l'EHPAD, les comptes et bilans, la communication avec les familles, les résidents et le personnel, le suivi RH et les recrutements, sous couvert du Président du CCAS.

1.5 Le CVS

Le conseil de la vie sociale est une instance qui vise à associer les usagers au fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux.

Il a été défini par la loi du 2 mars 2002 à l'article L311-6 du code de l'action sociale et des familles.

Il rend des avis et peut faire des propositions sur **toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service**, notamment sur :

- ✈ L'organisation intérieure et la vie quotidienne
- ✈ Les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques
- ✈ Les projets de travaux et d'équipement
- ✈ La nature et le prix des services rendus
- ✈ L'affectation des locaux collectifs

✧ L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre les participants

✧ Les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge

Très actif dans l'établissement, il est réuni régulièrement et ses avis suivis par la Direction. C'est une instance importante pour l'établissement et la vie sociale.

Au 1^{er} Octobre 2025, les Elus sont :

Résidents : Mmes SABATIE Anne- Marie (Présidente), Mr MARROU Georges (Vice-Président),

Familles et Tuteurs : Mme LANIES Monique (titulaire, mandataire), Monsieur COYNE (famille), Madame BOURGADE (famille)

Personnels : Mme MAGNE Laetitia, Mme LACOMBE Marie-Claude, Madame LIACHENKO Vassilia

Membres invités : Mme VERDOUX Colette (Vice-Présidente CCAS), Mme CAMBON Rose Directrice

Chapitre II

Les Modalités d'Accueil

2.1 Les résidents accueillis

2.1.1 En unité classique

Les unités classiques accueillent des résidents dépendants ou semi-autonomes, pouvant présenter ou non des troubles cognitifs sans déambulation ni troubles envahissants du comportement.

De façon exceptionnelle, des résidents autonomes peuvent être accueillis, notamment dans le cadre du maintien du lien familial (accueil de couple, accueil du parent âgé d'un enfant handicapé vieillissant) ou dans le cadre de problématiques sociales, familiales ou psychologiques nécessitant une institutionnalisation pour maintenir l'autonomie.

2.1.2 En unité protégée

Cette unité accueille des personnes porteuses de troubles psycho-cognitifs affectant le repérage spatio-temporel avec troubles des conduites et/ou déambulation avec mise en danger en espace ouvert.

Elle a vocation à accueillir également des résidents atteints de pathologies dégénératives évolutives à un stade moyen, non dans le but de pallier aux manifestations de ces pathologies mais dans le but d'en freiner l'évolution par la stimulation accrue, le mode de vie plus familial et moins contraignant qu'offre l'unité protégée.

Enfin, elle a également vocation à accueillir de façon exceptionnelle et sur décision collégiale de l'équipe, des résidents atteints de troubles anxieux pour qui le fait de se sentir contenus architecturalement et plus entouré humainement peut amener une amélioration non médicamenteuse de leur état anxieux.

2.1.3 Porosité entre les unités

Elle peut s'exprimer de plusieurs manières :

- ◆ Lorsqu'un résident de l'unité classique nécessite d'être accueilli en unité protégée du fait d'une mise en danger ou d'une majoration des troubles.

- ◆ A l'inverse, lorsqu'un résident de l'unité protégée ne nécessite plus d'être contenu architecturalement, il est accueilli dès qu'une chambre se libère, en unité classique, sur décision collégiale de l'équipe et après information de ses proches.

- ◆ De façon plus adaptative, notre projet, qui se veut résolument souple, encourage un accueil mixte, selon les cas et les besoins de chacun. Accueil mixte pouvant être pour un résident de dormir à l'UP mais de passer la journée en UC, ou inversement, possibilité d'accueillir en journée à l'unité protégée un résident de l'unité classique soit pour le sécuriser, soit pour participer aux activités.

- ◆ Dans tous les cas, personnels, familles, résidents de l'UC sont invités à venir s'occuper du potager, des fleurs, mais aussi à utiliser le salon de coiffure et la salle de bain thérapeutique qui a été volontairement placée à l'UP afin que cette unité reste intégrée dans la vie de l'EHPAD.

L'accueil en unité protégée nécessite, lors de la demande d'admission, une indication médicale d'orientation à l'unité protégée, puis, après l'admission, une évaluation collégiale de l'équipe sur l'opportunité du placement en UP, étant donné que ce placement constitue une limitation de la liberté d'aller et venir.

Lorsque l'orientation se fait en provenance de l'unité classique, elle nécessite une décision collégiale de l'équipe, une information motivée à la famille/tuteur, et, dans la mesure du possible, la validation du médecin traitant ou spécialiste lorsque le résident en a un.

2.2 La procédure d'accueil

On distingue :

- ◆ Le dossier de demande d'admission (cerfa national avec document médical type + certificat médical en cas de demande d'admission en Unité protégée) qui sert de base à l'examen de la demande d'admission du demandeur par la commission d'admission.

- ◆ Le dossier d'entrée, qui est constitué après l'acceptation du dossier par la commission d'admission et permet de constituer les dossiers administratifs et médicaux du nouveau résident. Ces documents

permettent à la fois la gestion administrative du séjour (facturation, dossiers de demande d'aides etc...) et à la fois l'intégration des antécédents médicaux, compte rendus antérieurs dans le logiciel de soins.

2.2.1 Le dossier de demande d'admission

Les demandes de renseignement peuvent être effectuées à tous moments de la semaine durant les horaires d'ouverture du secrétariat : 8h15 à 17h du lundi au vendredi, ou auprès des infirmières, 7j/7, de 8h à 18h.

Tous les documents nécessaires à l'inscription sont disponibles en ligne, mais également à l'entrée ou sur demande à l'accueil de la Résidence. Le dossier administratif d'admission est constitué du CERFA national, et des pièces administratives habituelles nécessaires à l'examen de la demande ainsi qu'au traitement du dossier administratif du futur résident après son entrée. Ces pièces font l'objet d'un traitement respectant le RGPD.

Le dossier d'admission comporte un volet médical CERFA, remis sous pli cacheté, et faisant l'objet d'un examen par la commission médicale d'admission, en vue d'évaluer l'adéquation entre les besoins en soins du résident et l'offre de soins de la structure.

Le dossier de demande d'admission complet peut être remis sous trois formes : soit à déposer sur la plateforme nationale viatrajectoire soit, à défaut, par mail ou en version papier directement à l'EHPAD. A l'issue de la Commission d'Admission, l'avis rendu par celle-ci est transmis au demandeur. En cas de refus, il sera motivé. En cas d'avis favorable, le futur résident sera inscrit sur la liste d'attente puis sera contacté afin d'organiser un rendez-vous de pré-accueil. Celui-ci, le cas échéant, permettra de déterminer quelle unité est en capacité d'accueillir le résident, en fonction de ses pathologies et de ses besoins. La commission d'admission détermine si la structure est en capacité de répondre aux besoins du demandeur, que ce soit en terme de soins, de maintien du lien social ou d'adaptation des locaux aux pathologies de la personne.

2.2.2 Le Pré-accueil

Des visites de pré-admission sont programmées à partir de la liste d'attente par l'IDEC, en accord avec la Direction. L'ordre de priorité est établi de la façon suivante :

- Urgences sociales, médicales ou situations familiales rendant la demande urgente.
- Personnes résidant dans la commune
- Personnes ayant de la famille dans la commune
- Personnes résidant dans le canton
- Personnes hors canton.

Dans ce degré de priorité, une attention particulière est portée aux personnes âgées vivant seules chez elles, ou en hospitalisation sans retour à domicile possible par rapport à celles hébergées dans la famille ou dans un autre établissement.

Les futurs résidents sont reçus, accompagnés de leurs proches, de préférence à l'EHPAD, par le médecin coordonnateur ou l'IDEC en binôme avec la psychologue. Ce pré-accueil permet de faire une rapide évaluation gériatrique et de constater si l'état de santé du futur résident est compatible avec l'offre de soins de l'établissement, mais également sans laisser le « médical » réglementer la vie, de commencer à élaborer un projet de vie avec les éléments de vie amenés par le résident et sa famille.

Ce temps de recueil de l'histoire de vie et des habitudes de vie est primordial car il est le garant d'une continuité avec les habitudes anciennes lors de l'entrée en structure. Ce temps permet aussi d'accompagner

les proches, en prenant en compte leur culpabilité, leur besoin de savoir et de comprendre pour mieux faire face à l'institutionnalisation.

Cet entretien se termine par une visite des locaux, des parties communes et d'une chambre.

Si l'état de santé du futur résident ne permet pas ce déplacement, la visite s'effectue à domicile, ou dans l'établissement où il est hébergé. Ces visites à l'extérieur représentent la moitié des pré-accueils réalisés, puisque l'établissement tient à ce que les futurs résidents aient tous bénéficié d'un pré-accueil. Ces visites extérieures peuvent être complétées d'une visite virtuelle de l'établissement faite au moyen d'une tablette numérique.

Le consentement éclairé sur leur admission est recherché activement même si parfois l'état de déficience cognitive rend cette démarche difficile. C'est également l'occasion d'expliquer le rôle de la personne de confiance et de proposer au résident, s'il le souhaite, et s'il est en capacité de le faire, d'en désigner une.

2.2.3 A l'entrée

Préalablement au jour d'arrivée, le dossier d'entrée est remis au résident ou à son aidant principal afin d'être complété, qu'il s'agisse du dossier administratif, médical, mais aussi de tous les documents contractuels et assuranciers (Responsabilité civile). Voir partie [2.3]. Les documents contractuels sont réglementaires (loi 2002-2 du code de l'action sociale et des familles) ou informatifs. Tous permettent de garantir le respect des droits des usagers, ainsi que la qualité des soins et de l'accompagnement.

Le jour de l'arrivée, l'accent est mis sur l'aspect convivial et chaleureux de l'accueil qui est fondamental pour que le résident se sente bien et ne soit pas trop perdu. Cette entrée est préparée en amont, le recueil d'informations concernant le nouveau résident est présenté à l'équipe, sa chambre est également préparée.

Les soignants désignés nominativement (le plus souvent AS et AST) accueillent le résident à son arrivée, ainsi que l'infirmière présente ce jour. L'aide-soignante prend en charge le nouveau résident pour le rassurer et l'orienter dans la maison. Elle l'aidera dans son installation, et l'accompagnera à sa table lors du repas.

La psychologue et l'animatrice rendent visite au nouveau résident dans les jours qui suivent son entrée pour l'aider à s'intégrer, évaluer ses goûts et ses besoins, et lui présenter les activités de la maison. Un planning des activités lui est distribué et expliqué. Les premiers jours qui suivent l'arrivée du résident, il est accompagné dans ses déplacements (repas, activités...) afin de l'aider à trouver ses repères et se familiariser avec les lieux.

Toute l'équipe est attentive au comportement du résident, et reste toujours vigilante notamment aux difficultés d'adaptation et à d'éventuels troubles dépressifs.

Les services de l'établissement (prises en charge paramédicales, psychologiques, activités) sont proposés au nouveau résident en fonction de ses goûts, de ses envies ou de ses besoins, mais il est aussi important de laisser le temps à la personne de s'habituer à sa nouvelle vie en communauté. C'est pourquoi toute obligation de participation est proscrite.

2.2.4 L'entretien de Post Admission et le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

L'entretien de Post Admission

Dans les deux mois qui suivent l'entrée d'un nouveau résident, l'équipe invite la famille et le résident à une rencontre afin de faire le point sur la période écoulée, sur la prise en soins et l'accompagnement, les améliorations à apporter à ceux-ci. C'est aussi l'occasion d'exprimer les difficultés liées à l'institutionnalisation et une façon de clore, symboliquement, cette période de deuil de la vie « d'avant ». Les questions de Directives Anticipées de fin de vie, de désignation de la personne de confiance sont ré-abordées. Le résident est invité à compléter son récit de vie et à faire partager son histoire de vie à l'équipe afin qu'il se sente connu, pris en considération avec son vécu.

Le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

A la suite de cette rencontre, et, dans la mesure du possible, dans les trois mois suivant l'entrée du nouveau résident, la réunion PAP est organisée en présence de l'IDEC, du médecin coordonnateur (s'il y en a un), de la psychologue, de l'ergothérapeute selon les cas, de l'animatrice, d'une infirmière, des AS et AST référentes et de la lingère. Le personnel soignant est invité à préparer cette réunion la semaine précédente, à réfléchir sur le comportement des résidents et à s'informer auprès d'eux sur leurs souhaits et leurs remarques.

Proches, résident et équipe sont invités à participer activement à ce projet et à le co-construire. A cet effet un document de recueil circule dans l'unité afin de recueillir ces informations.

A l'issue de cette réunion, un projet de vie individualisé est rédigé sur Netsoins, en respectant les goûts, les habitudes antérieures, les possibilités cognitives et physiques, la liberté de choix de la personne âgée.

Il est signé par le résident et/ou sa famille, la Direction, puis placé dans le dossier. Il est résumé et réévalué dans les transmissions, consultable par les soignants, les médecins, le résident et sa famille.

Le projet est réévalué autant que de besoin, soit de manière formelle, soit de manière plus informelle, et réadapté au quotidien selon les souhaits du résident, ses besoins, et les constats de l'équipe. Les évolutions sont toujours tracées, soit en transmission sur Netsoins, soit dans la rubrique projet de vie du logiciel.

Il peut arriver, selon les situations que le PAP précède l'entretien de post-admission, qui sert alors également de validation du projet par le résident, ses proches et l'équipe.

2.3 Les documents d'accueil / d'entrée

L'ensemble des documents d'entrée inscrits dans la loi 2002-2 est remis à chaque personne entrante à savoir le contrat de séjour (réactualisé en 2022), le livret d'accueil, et le règlement de fonctionnement ainsi que la charte des droits et libertés de la personne accueillie, les autorisations particulières (Droit à l'image, délégation de traitement, souhaits de fin de vie, Directives anticipées, personne de confiance ...).

Tous ces documents ont été réécrits en 2022 et validés par le Conseil de Vie Sociale le 13 Juin 2022.

Un référent familial est toujours nommé. Ses coordonnées sont tenues à jour et mises à la disposition de l'équipe.

Un référent au sein de l'équipe est désigné, pour guider le nouveau résident dans ses premiers pas dans l'institution.

2.3.1 Le contrat de séjour

Il doit être signé par le résident (ou son représentant légal) dans le mois qui suit l'entrée, idéalement le jour de son entrée. Ce contrat de séjour, comme tout contrat, et conformément aux Lois HAMON à la consommation, ouvre droit à une période de rétractation d'un mois, au cours de laquelle aucun préavis ne peut être exigé par la structure.

2.3.2 Le livret d'accueil

Il informe le nouveau résident du fonctionnement quotidien de l'EHPAD, des services proposés. Il précise également les droits de chaque résident ainsi que ses devoirs, notamment en terme de probité. Il est un document de référence, particulièrement avant l'entrée et juste après, afin de réduire les incertitudes et les questionnements des résidents.

2.3.3 Les annexes au contrat de séjour

Il s'agit principalement de documents à visée d'autorisation (DMP, Droit à l'image...) ainsi que du volet relatif à la liberté d'aller et venir dans la structure.

Celle-ci est un droit qui ne peut être aliéné que dans certaines conditions, très particulières et précises, sur une décision médicale et/ou décision collégiale de l'équipe, après information à la famille et au résident. Autrement dit, ce document retrace les risques identifiés pour chaque résident, pouvant nécessiter une limitation de sa liberté d'aller et venir dans la structure. Il est mis à jour si besoin et doit être assorti d'un document de concertation de l'équipe lors d'une décision de placement en unité protégée. De même, lorsque le résident ne nécessite plus de limitation de sa liberté d'aller et venir, et ne relève plus de l'unité protégée, cette évaluation doit être tracée sous forme d'un document de concertation de l'équipe.

En amont d'une entrée en unité protégée, un document attestant de la nécessité de placement en UP est à remplir par le médecin traitant, le médecin spécialiste ou le médecin du service dans lequel le résident séjourne.



Chapitre III

Projet de Soins

Guyline SEGONNE, IDEC
Rose CAMBON, Directrice
Supervision : Dr Serge MARTIN

Septembre 2022

INTRODUCTION

Le projet de Soins fait partie intégrante du projet d'Etablissement que l'ensemble de l'équipe a co-construit entre Novembre 2021 et Octobre 2022, à travers des réunions de travail.

Il formalise les engagements de l'établissement sur une prise en charge des personnes accueillies dans le respect de leur rythme et de leur individualité, en collaboration avec leur famille.

Son but est de garantir une prise en charge gériatrique de qualité tout en maîtrisant les dépenses de soins de manière à se conformer aux dotations soins de l'ARS et à contribuer à rationaliser les dépenses imputées directement à l'assurance maladie (EHPAD au tarif partiel) selon les engagements du CPOM.

Il a été élaboré avec l'équipe soignante de l'établissement et sert de ligne directrice sur les points principaux relatifs au soin en EHPAD, conformément aux recommandations de bonnes pratiques. A ce titre, ce projet est voué à évoluer au fur et à mesure de l'évolution des recommandations nationales relatives à la prise en soins des résidents en EHPAD. Il est aussi tributaire du contexte médical local et national, à plus forte raison du fait de la pénurie de médecins, qu'ils soient coordonnateurs en EHPAD, médecins traitants ou médecins spécialistes.

Contrairement à ce que son nom indique, il suppose une dynamique impliquant l'ensemble des acteurs de la structure et du territoire (intervenants médicaux extérieurs et personnels médicaux, partenaires institutionnels locaux, centres de soins, équipes mobiles, mais aussi personnel administratif, soignant ou technique), et non simplement le personnel médical.

Dans des temps de pénurie de médecins traitants, de médecins coordonnateurs et de désertification médicale, que bien entendu nous espérons voir résolus dans un avenir proche, il convient, plus que jamais, de considérer que le soin est l'affaire de tous et, au-delà, que soigner ne se conçoit pas seulement sous l'acception sémantique ancienne et médicale, induisant médicaments et clinique, mais réellement, selon une acception plus large, prenant en compte de façon très claire la notion de prendre soin, de prévention, de maintien des capacités, de stimulation, de thérapies non médicamenteuses, de projets thérapeutiques, qui trouveront de façon assumée leur place dans ce projet de soins, parfois de façon relativement originale. Ces originalités ont vocation à « pallier » à un accès aux soins extérieurs parfois très défaillant mais elles traduisent surtout la volonté de l'EHPAD de valoriser l'aspect humain, les projets thérapeutiques et les accompagnements non-médicamenteux.

Notre projet d'établissement doit réussir le mariage difficile du projet de vie (préserver, maintenir l'autonomie et mettre en œuvre des actions permettant l'ouverture sur le monde extérieur, entendre les refus et les souhaits individuels) et du projet de soins qui doit définir et préciser les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents, de leurs besoins ainsi que les modalités de coordination des divers intervenants. Les axes de ce projet doivent tenir compte de la globalité du soin gériatrique et être adaptés aux personnes accueillies.

3.1 L'organisation Médicale et Paramédicale

3.1.1 Les ressources internes

a - Le Médecin Coordonnateur

Le médecin coordonnateur est parti à la retraite en Juillet 2018. Depuis, des annonces sont publiées en permanence sur les sites spécialisés, ainsi que des mailings aux médecins locaux et aux médecins coordonnateurs du département et des départements limitrophes, sans résultat pour le moment. L'équipe cadre et l'équipe de soins médicaux et paramédicaux pallient donc, autant que faire se peut, à l'absence de médecin coordonnateur.

Les missions sont fixées par le décret n°2005-560 du 27 mai 2005, et par le décret N° 2019-714 portant réforme du métier de Médecin coordonnateur dans les ESMS.

b - L'Infirmière Coordinatrice (IDEC)

L'établissement emploie aujourd'hui une Infirmière coordinatrice à temps plein, présente tous les jours de la semaine sur des horaires variables afin de pouvoir suivre les équipes, faire le lien avec les équipes de nuit mais aussi les familles, les intervenants extérieurs. Elle est chargée d'organiser et de coordonner les soins au sein de l'EHPAD, que ce soit en interne (plans de soins, fiches de tâches des agents ...) ou en externe (lien avec les médecins, les spécialistes, les hôpitaux et cliniques, partenaires etc.). Elle est également chargée de la coordination et des relations avec les résidents et leur famille sur les questions relatives à leurs soins, leur accompagnement, leur prise en charge et leur vie quotidienne dans l'EHPAD.

Infirmière Diplômée, elle est parfois en soutien à l'équipe en soins actifs.

c) Les Infirmières (IDE)

L'EHPAD bénéficie de 3 ETP d'Infirmières (IDE). L'infirmière est présente 7jours/7, de 8h à 18h, mais conserve une astreinte téléphonique la nuit suivant son jour de travail afin de venir en appui/conseil de l'équipe de nuit en cas de difficulté, particulièrement en ces temps de désertification médicale.

Elles assurent les soins infirmiers, la surveillance des résidents, la préparation des traitements livrés par la pharmacie et la distribution des médicaments le midi. Dans la mesure du possible, elles assistent aux visites des médecins libéraux et s'occupent des suites à donner (examens, rendez-vous chez les spécialistes...). Elles sont aussi très présentes auprès des familles des résidents accueillis.

Le projet de soins prévoit un renforcement de la collaboration des infirmières avec les aides-soignant(e)s dont elles doivent coordonner et évaluer les actions pour assurer la sécurité des soins (notamment par la formation continue) et auxquelles elles doivent déléguer certaines missions dans un cadre réglementaire (distribution des médicaments ...)

Par leurs actions de formation et de conseil au sein de l'équipe, par leur investissement dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de « fiches de bonnes pratiques » et des protocoles, par la réalisation et les modifications régulières des fiches de tâches, elles concourent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. (Ex : prévention d'escarres; prévention des fausses routes)

Elles veillent à la transcription des informations utiles dans le dossier du résident et à la bonne transmission de ces informations lors d'un transfert vers un autre établissement ou à l'occasion d'une visite chez un médecin spécialiste.

Elles participent à l'encadrement et à la formation des élèves dans le cadre des stages ou des nouveaux personnels.

Elles partagent leurs connaissances professionnelles avec le reste de l'équipe.

Elles développent des projets nouveaux pour mieux répondre à la dépendance des résidents (nutrition, incontinence, prise en charge des personnes démentes, prévention d'escarres...)

d - Les Aides-Soignantes AS, Aides-Médico-Psychologiques AMP/ AES et Assistants de Soins Gérontologiques ASG

L'établissement compte un ratio important d'agents diplômés AS, AMP, AES et ASG diplômés. Outre leur formation initiale, ils sont formés à l'accompagnement spécifique de la personne âgée et des personnes porteuses de pathologies démentielles. (Voir détails chapitre 1, point 1.4.5 « Le pôle soins »)

Ils assurent l'accueil, les soins, l'hygiène corporelle des résidents en collaboration avec les infirmières et tout ce qui concerne la qualité de l'environnement des résidents.

Ils mettent en œuvre des actions destinées à maintenir l'autonomie des résidents.

Ils reçoivent certaines délégations des infirmières (distribution des médicaments, prises de constantes en l'absence de l'infirmière, évaluation et gestion des situations d'urgence en l'absence de l'IDE, notamment en nuit).

Par leurs observations attentives et retranscrites, ils permettent une meilleure adaptation des prises en charge et du traitement.

Leurs compétences doivent permettre de prévenir les infections nosocomiales, l'apparition d'escarres ou autres pathologies. A cet effet, les protocoles de soins, d'hygiène, d'organisation et d'urgence doivent être connus parfaitement.

Ils sont également lanceurs d'alerte lors du repérage de changements dans les comportements habituels des résidents, et sont les pivots du repérage et de la prévention des troubles (alimentaires, cutanés, douleur, pic fébrile, troubles du comportement etc)

Enfin, ils participent activement à la vie sociale et thérapeutique de la structure, notamment par la participation et la construction d'activités thérapeutiques de groupe ou d'accompagnements individuels, en unité classique comme en unité protégée, ou chaque agent porte une part du projet d'animation.

e - Les agents de Service Territoriaux AST aux soins (Faisant Fonction)

Il est impossible d'exclure les agents de service du projet de soins car leur collaboration est indispensable pour satisfaire toutes les attentes des résidents pris en charge. Bien que non diplômés, ils réalisent, sous couvert des agents diplômés, des soins et accompagnements en regard de leur expérience et de leur formation. A cet effet, l'accent est mis sur celle-ci, en interne et en externe, afin qu'elles soient en mesure d'accompagner le quotidien des résidents conformément aux recommandations et aux bonnes pratiques professionnelles. Ces agents sont également encouragés à s'engager dans une démarche de VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), afin de voir reconnaître leurs compétences acquises au cours de leurs années d'expérience par un diplôme reconnu.

f - La psychologue

La psychologue intervient au sein de la résidence à mi-temps, soit 2,5 jours par semaine selon trois axes : un axe clinique d'accompagnement, de suivi et évaluation psychologique et cognitive auprès des résidents, un axe clinique d'écoute et de soutien auprès des familles et enfin un axe institutionnel.

♦ L'axe clinique auprès des résidents en fonction des différentes étapes de la vie en institution: il commence avant même l'entrée en EHPAD, lors de l'entretien de pré-accueil, effectué avec le médecin coordonnateur, à défaut, l'IDEC et ayant pour but d'évaluer le consentement, les besoins et les attentes du futur résident, d'ébaucher un projet de prise en charge personnalisé ainsi que de s'assurer que le projet d'entrée en EHPAD a été verbalisé par la famille. Il est primordial pour la structure de recueillir l'accord du futur résident concernant son entrée en institution. Cet entretien de pré-accueil permet notamment d'introduire une première présentation de l'institution, de l'équipe et d'instaurer les prémices d'un lien de confiance avec le résident et avec la famille.

Après l'entrée, le soutien psychologique s'effectue au travers d'entretiens individuels, dans l'accompagnement des différentes pertes, deuils et l'angoisse que peut engendrer l'entrée en établissement et l'accompagnement de fin de vie. Le soutien psychologique s'effectue également au travers de groupes thérapeutiques. Le soutien cognitif quant à lui, vise à ralentir la perte des capacités mnésiques, praxiques et sensitives par l'intermédiaire d'ateliers thérapeutiques. Au préalable il s'agit d'évaluer le résident au travers de tests d'évaluation des fonctions cognitives afin d'avoir une meilleure compréhension des difficultés et d'ajuster au mieux la prise en charge.

♦ L'axe clinique auprès des familles : dans l'écoute et le soutien. Trois grands axes de cette aide psychologique peuvent être dégagés de la même manière qu'avec le résident en fonction des différentes étapes de la vie en institution.

Premièrement, l'aide à la verbalisation de la culpabilité inhérente à la décision d'entrée en Ehpad. Deuxièmement, une forme de médiation dans les relations conflictuelles parent/enfant qui se jouent parfois au sein de l'institution et perturbe le résident afin de favoriser la communication. Troisièmement, l'accompagnement de la famille dans la fin de vie de son parent, avec l'aide du travail de deuil ainsi que la présence bienveillante et le soutien psychologique lors du décès du résident.

♦ L'axe institutionnel : dans la participation à la vie institutionnelle et à l'équipe de Direction. Ces participations sont diverses. Parmi elles, il s'agit de participer aux commissions de préadmission, aux pré-accueils des résidents et de leur famille, et bilans de post-accueil entre 1 et 2 mois environ après l'entrée du résident. Il s'agit de mener en équipe les Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP) de chaque résident : réfléchir et élaborer - avec en parallèle l'aide du résident s'il est en capacité cognitive de s'investir dans ce projet – autour de l'évolution de sa vie, ses besoins et son bien-être dans l'institution. Il s'agit également de participer à la définition des projets d'avenir tels que ceux de l'extension/rénovation de l'EHPAD tant du point de vue de la définition des plans architecturaux que de la définition du projet d'établissement, avec un regard différent.

g - L'animatrice

Le projet d'animation fait partie intégrante du projet de soins tout particulièrement au sein de l'unité Protégée pour résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées qui a ouvert courant 2022.

L'animation est l'un des outils essentiels pour donner du sens au projet de vie individualisé à travers des activités librement choisies, non infantilisantes et s'inscrivant dans la continuité de l'histoire de vie de chacun.

Ce constat conduit à affirmer que l'animation n'est pas le domaine réservé de l'animatrice, mais qu'elle

procède d'un engagement de toute la structure. (Voir annexe planning d'activités et d'animation indicatif)

Par ailleurs, l'animation est le moyen pour chacun des intervenants de placer sa relation à la personne prise en charge dans une autre dimension. La place de l'animatrice est essentielle, en considérant qu'elle ne doit pas à elle seule réaliser toutes les animations.

Son travail consiste également à coordonner les actions, les planifier, les orienter et les évaluer pour qu'elles restent toujours pertinentes et en adéquation avec les souhaits des résidents, ceci par la tenue de réunions participatives avec les résidents qui définissent eux-mêmes leur projet d'animation.

L'animation est conçue comme un partenariat entre l'animatrice des unités classiques de l'EHPAD et l'équipe de l'unité protégée qui sera en charge de l'animation de celle-ci, de façon à poser le fait que l'animation et la vie sociale sont l'affaire de tous les soignants.

Un planning des activités est proposé chaque semaine.

h - Les équipes de nuit

Composées de deux agents chacune, le travail des équipes est organisé comme suit :

♦ Un agent de nuit est présent en permanence sur l'UP, qui sera le « camps de base » de l'équipe. Les détecteurs de mouvement aideront les équipes à détecter d'éventuels levers ou déambulations de résidents dans l'unité classique.

L'agent affecté à cette unité ne la quittera qu'en cas d'extrême urgence dans l'unité classique, ou pour réaliser les changes ou soins prescrits à deux par l'IDE sur les plans de soin. Les rails de transfert limiteront le nombre de changes et d'accompagnement aux toilettes nécessitant d'être à deux.

♦ Le planning stipule quel agent sera affecté à l'UP, selon un roulement bi-hebdomadaire, de manière à éviter la lassitude ou l'épuisement professionnel. En cas de passage de relais nécessaire ou de demande de l'agent, l'IDEC, qui réalise les plannings des agents du soin, veille à prendre en compte autant que faire se peut les souhaits des agents ainsi que leurs besoins éventuels de passage de relais.

♦ L'ensemble des agents de nuit imaginent la vie dans cette unité protégée comme une adaptation permanente en fonction des souhaits, des besoins, des situations de chaque résident. Forts des expériences professionnelles antérieures de trois des cinq agents de nuits dans des unités protégées, tous confirment la nécessité de vivre la nuit, au même titre que le jour dans cette unité, avec possibilité de manger, regarder un film, jouer, proposer un bain, une douche, une toilette reportée le jour ... avec les résidents qui ne dorment pas, de façon à s'adapter à chacun et à limiter les contraintes institutionnelles.

♦ Les serrures adaptées, permettant de fermer la porte d'un résident « à clef » afin qu'il ne soit pas dérangé par les autres, mais que lui puisse toujours sortir librement permettra de favoriser le sommeil et la tranquillité de ceux qui voudront être couchés sans pour autant limiter la déambulation de ceux qui en ont besoin.

3.1.2 Les ressources externes

a - Les médecins traitants

Toute personne entrant en EHPAD est fortement incitée à garder son médecin traitant. En effet, ce dernier

la connaît en général depuis plusieurs années, a souvent préparé et/ou est à l'origine de la demande d'hébergement.

Il est souhaitable que la relation de confiance et d'estime réciproques soient préservées au moment du choc inévitable que constitue la rupture avec un mode de vie antérieur, alors que le nouvel environnement est souvent imposé par la maladie, la dépendance ou l'entourage du résident.

Si le médecin traitant se trouve dans l'impossibilité d'assurer une permanence des soins, il est proposé au futur résident et à sa famille une liste des médecins intervenant dans la structure, sans influence de la part de la direction, ni du service de soins, ni du médecin coordonnateur, quand il y en a un.

Il est à noter que la pénurie de médecins traitants est de plus en plus impactant dans le bassin de vie Lafrançaisain, et rend parfois très difficile l'accueil de résidents extérieurs au bassin de vie. L'EHPAD ne souhaitant pas recevoir de résidents sans médecin traitant, et ce, d'autant plus en l'absence de médecin coordonnateur.

Les familles / tuteurs sont donc fortement incités à trouver un médecin traitant avant leur entrée. Ils sont également informés que l'établissement, si le médecin le souhaite, peut pratiquer des consultations de télé médecine à distance.

Toutefois, la pénurie de médecins frappant plus durement encore les personnes âgées vivant à domicile, à plus forte raison en milieu rural, **l'EHPAD se refuse à faire de l'absence de médecin traitant désigné un motif de refus d'admission, ou de rejet de la demande d'entrée.** En effet, l'EHPAD doit prendre sa part dans la communauté des acteurs du soin du territoire et, à ce titre, ne peut moralement et éthiquement refuser à une personne âgée d'être accompagnée et surveillée, à plus forte raison lorsque son suivi médical à domicile est insuffisant voire inexistant.

b - Les kinésithérapeutes

Les soins de kinésithérapie individuels sont dispensés sur prescription médicale par les kinésithérapeutes des différents cabinets du bassin de vie. Les résidents sont invités, s'ils le souhaitent, à désigner leur kinésithérapeute. Actuellement, le bassin Lafrançaisain est relativement bien doté et l'EHPAD est en mesure d'honorer les prescriptions médicales de prise en soins kinésithérapiques dans des délais raisonnables.

c - Le professeur d'Activités Physiques Adaptées (APA)

Une convention a été signée avec l'UFOLEP, dans le cadre de la conférence des financeurs, afin de mettre en place des séances de « sport adapté » à raison d'une séance hebdomadaire d'une heure, avec un professeur diplômé.

Ce soin concerne un groupe d'environ huit personnes sur la base du volontariat. Toutefois, le partenariat est basé sur un projet et des objectifs annuels, ce qui fait évoluer de fait le groupe. Parmi ces objectifs pluriannuels, on retrouve la prévention des chutes et le renforcement musculaire chez des résidents semi-autonomes, mais aussi la prévention de la douleur liée à la perte de tonicité musculaire et des rétractions chez des résidents très dépendants par exemple. Chaque fin d'année, les objectifs posés sont évalués et le projet et les objectifs pour l'année suivante fixés.

d - Les pédicures

Ils interviennent à la demande des résidents, de leur famille ou sur incitation de l'équipe soignante. Ces soins sont à la charge de la personne accueillie (sauf cas exceptionnels, pour certains patients diabétiques sur ordonnance).

e - L'ergothérapeute

Elle intervient à l'EHPAD cinq heures par semaine, comme vacataire extérieur. Elle est une véritable valeur ajoutée pour les résidents comme pour le personnel puisqu'elle gère le matériel, les positionnements, le suivi des aides techniques particulières, la formation et l'information aux équipes et anime (ou co-anime avec la psychologue) certains ateliers et repas thérapeutiques.

f - La diététicienne

Une convention a été signée entre l'établissement et le laboratoire vétérinaire départemental. Cette convention, outre la prévention et le contrôle des risques liés à l'hygiène alimentaire comprend les services d'une diététicienne. Elle forme le personnel et participe, avec la cuisine centrale, à l'élaboration des menus, des recettes et des améliorations de l'alimentation proposée. Sa mission est également de conseiller le responsable cuisinier dans l'élaboration de menus équilibrés et variés pour la majorité des résidents, mais également pour ceux nécessitant des régimes (diabétiques ou hyposodés le plus souvent) ou des textures particulières.

Elle peut également intervenir, sur demande de l'EHPAD, à des évaluations individuelles des situations complexes en rapport avec l'alimentation, notamment pour des résidents présentant des régimes particuliers ou une dénutrition sévère.

Elle participe aux commissions cuisine à l'EHPAD, avec tous les résidents, afin d'adapter l'alimentation au maximum aux souhaits du plus grand nombre

g - La sophrologue

Elle intervient une fois par semaine, à la charge de l'établissement, et propose un accompagnement non médicamenteux à un groupe d'environ huit résidents souffrant de troubles anxio-dépressifs. L'objectif est de les aider à réguler leurs manifestations anxieuses pendant les séances mais également de leur fournir des outils dans le cadre de l'éducation thérapeutique afin de pouvoir gérer eux même, en autonomie, le reste du temps, les poussées d'anxiété. Ce groupe thérapeutique entre dans la philosophie de l'établissement de promouvoir les thérapies non médicamenteuses.

h - La musicothérapeute

Elle intervient deux fois par mois, sur des séances à visées thérapeutiques à destination d'un groupe de huit résidents environ. L'objectif est de permettre l'expression verbale ou non verbale de résidents souffrant de troubles cognitifs, d'aphasie ou de troubles psychologiques importants nécessitant la médiation sensorielle active (maniement et expression avec utilisation d'instruments de musique) et passive (écoute musicale, chant, reconnaissance de sons ou de musiques) avec un objectif double : permettre l'expression à des résidents qui n'y ont plus accès et procurer un apaisement. Une évaluation est réalisée chaque fin d'année et le projet de l'année suivante est défini. Là encore, ce groupe thérapeutique s'inscrit dans la philosophie de l'établissement de promouvoir les thérapies non médicamenteuses.

i - Les autres intervenants médicaux et paramédicaux

Sous réserve de signature d'une convention avec l'EHPAD, afin de vérifier à la fois les diplômes et la formation du praticien, mais aussi son assurance professionnelle ainsi que son engagement à respecter les bonnes pratiques, le code de déontologie de sa profession et le respect plein et entier du secret professionnel/médical partagé, tout professionnel peut intervenir sur demande d'un résident et à sa charge. Cela concerne particulièrement les Ostéopathes, Orthophonistes, Orthoprothésistes, Réflexologues, naturopathes etc ...

Les résidents sont libres de choisir leurs intervenants extérieurs, et, à ce titre, chaque professionnel qui le souhaite peut intervenir dans la structure, au même titre qu'il interviendrait au domicile du patient.

3.2 Le suivi médical

3.2.1 L'évaluation gériatrique standardisée et les bilans d'entrée

Elle est réalisée par l'IDEC, à défaut de médecin coordonnateur, dans le mois qui suit l'entrée du résident, en lien avec la psychologue, l'ergothérapeute et l'équipe soignante.

Elle s'attache à faire le bilan des fonctions cognitives de la personne, de son état psychologique, de ses fonctions sensorielles, de son état nutritionnel (MNA) et de ses capacités fonctionnelles (Get up and go test).

Il est essentiel que les différents intervenants autour de la personne âgée utilisent des outils communs et simples. L'un de ces outils est la grille AGGIR qui permet un classement des résidents en différents groupes, et sert de base pour évaluer la charge en soins de l'établissement.

Cette EGS est complétée par :

- ♦ Une évaluation initiale de la douleur (échelles EVS/DOLOPLUS/ALGOPLUS)
- ♦ Une évaluation initiale de l'état bucco-dentaire (échelle OHAT réalisée par IDE référente santé bucco-dentaire ou AS formée)
- ♦ Une évaluation du risque de chute par l'équipe soignante en lien avec le kinésithérapeute ou l'ergothérapeute).
- ♦ Une évaluation psycho-cognitive (NPI-es, MMS, Test de l'Horloge, 5 mots de Dubois etc..) par la psychologue (dans le cadre du bilan).

3.2.2 Le dossier médical

Le dossier médical est entièrement informatisé (Netsoin/ Teranga software). Il permet à chaque acteur du soin, selon sa fonction et grâce à des codes d'accès strictement personnels, de résoudre définitivement les questions de secret médical, d'accès à distance, de génération du DLU en temps réel etc.

Ce logiciel permet également le recueil, à l'entrée du résident, des coordonnées des médecins spécialistes qui le suivent, ainsi que d'entériner son libre choix en matière de lieu privilégié d'hospitalisation, de directives anticipées etc...

Cela permet une traçabilité ascendante et descendante dans tous les domaines de la vie du résident (amendement du dossier médical, suivi des transmissions, PAP, Histoire de vie, renseignements administratifs etc, actualisation et suivi du plan de soin, traitements, interface pharmacie, interface Laboratoire, prescriptions médicale à distance etc...).

Un classeur A4 conservé dans l'infirmerie de chaque secteur contient les prescriptions papier, les comptes rendus médicaux, et le Dossier de Liaison d'Urgence papier en cas de panne informatique. Il contient également le compte rendu de l'entretien de pré accueil, les données familiales, les souhaits de fin de vie et directives anticipées, les PAP etc... Les radiographies sont archivées dans un autre lieu.

3.2.3 La continuité des soins

Le projet de soins tente de garantir à chaque résident la prise en compte de sa dépendance et l'accès à des soins de qualité. Cependant, la désertification médicale et les difficultés hospitalières, notamment d'accès aux urgences rendent parfois les prises en charges plus lentes à mettre en œuvre, du fait de la difficulté à obtenir une prescription médicale.

Les soins médicaux sont effectués par les médecins généralistes libéraux ou par d'autres professionnels

de santé. Leurs prestations ne sont pas comprises dans le forfait tarifaire de l'établissement, elles sont facturées au résident et donnent lieu à une feuille de soins en vue du remboursement par les caisses d'assurance maladie et les mutuelles.

3.2.4 Urgence médicale

En cas d'urgence, il est fait appel au médecin traitant pendant les heures ouvrables, sinon le personnel se reporte au protocole disponible en salle de soins et sur le classeur des fiches de taches de nuit. Il s'agit en premier lieu d'un appel au 3966 pour le médecin de garde, ou au 15 en cas d'urgence si nécessaire.

Les premiers soins sont donnés sur place par les soignants présents.

- ♦ Un chariot d'urgence sous scellés (usage médical uniquement) ainsi qu'une trousse d'urgence (traitements basiques pouvant être administré sur ordre médical) sont disponibles en salle de soin et protocolisés.

- ♦ Un DAE (N°201700035) connecté et vérifié en ligne toutes les 24h est également disponible à l'entrée du bureau IDE, dans le couloir, à proximité immédiate du chariot d'urgence.

- ♦ Ensuite, selon les cas, soit la prise en charge est assurée sur place, soit le résident est transféré dans une structure appropriée et en fonction de son choix.

-Un protocole d'hospitalisation donne la marche à suivre et un DLU est imprimé pour chaque départ.

3.2.5 Les conventions de partenariat

Des conventions de travail et de partenariat ont été signées entre l'établissement et divers services de soin et d'accompagnement du Département.

Parmi elles, on retrouve :

- ♦ L'équipe mobile d'Hygiène du Centre hospitalier (formation, hygiène des soins, appui opérationnel de crise)
- ♦ Equipe mobile gériatrique (qui ne se déplace plus) mais un projet est en cours au CH de MOISSAC
- ♦ Equipe mobile de Géroto-Psychiatrie
- ♦ Service d'hospitalisation à domicile HAD (Montauban et Moissac)
- ♦ Equipe Mobile de soins palliatifs RESO PALLIADOL/CPTS INTERCEPTS
- ♦ Centre hospitalier de Montauban
- ♦ Convention avec le SSR Gériatrique La Pinède
- ♦ CHIC Castel/Moissac
- ♦ CPTS Quercy Garonne (*notamment Téléconsultations médicales pour résidents sans médecin traitant*)
- ♦ MAIA

En cours de négociation au 1^{er} Novembre 2022 :

- ♦ Convention d'accès rapide et préférentiel aux spécialistes, clinique des Chaumes, *notamment pour les résidents n'ayant plus de médecin traitant ainsi que des accueils en hospitalisation de jour pour bilans.*

Ces partenariats permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents mais surtout d'éviter

au maximum les transferts EHPAD/Hôpital avec passage aux urgences, quand ceux-ci ne sont pas strictement nécessaires.

Le travail avec les réseaux mobiles est de plus en plus facilité par le soutien des politiques de santé et l'ARS. Il reste le problème de l'adressage des résidents sans médecin traitant à des spécialistes qui, aujourd'hui, n'est pas accepté par l'HAS et remet en cause la certification de certains établissements sanitaires, puisque ces consultations sont sensées avoir lieu dans le cadre du parcours de soins, donc avec adressage par un médecin généraliste.

3.2.6 La gestion des médicaments

Les piluliers sont préparés par la pharmacie de Lafrançaise selon un principe de double contrôle. Ils sont livrés par la pharmacie et réajustés par les IDE en poste après chaque nouvelle prescription, après livraison des compléments par la pharmacie. Un accès spécifique à Netsoins et une interface est créée entre l'EHPAD et la pharmacie de manière à ce que celle-ci ait accès en direct aux prescriptions médicales.

Actuellement il existe une totale liberté de prescription des médecins libéraux. Une liste de référence ainsi qu'un projet de partenariat avec la pharmacie pour le contrôle des prescriptions selon la liste préférentielle du médicament en EHPAD ainsi que l'examen des risques iatrogéniques sont en cours d'élaboration et ont été présentés à la commission de coordination gériatrique de Septembre 2019. Toutefois, l'absence de médecin coordonnateur dans la structure, la pénurie de médecins traitants et la crise sanitaire ne nous ont pas permis d'avancer sur ces sujets autant que nous l'aurions souhaité.

3.2.7 La prise en charge des personnes dites démentes

L'établissement dispose d'un secteur sécurisé de 16 chambres en Novembre 2022.

Cette unité a été conçue avec un couloir de déambulation en 8, avec un patio intérieur planté d'essences odorantes et un accès sur un jardin potager sécurisé, ainsi que sur un poulailler thérapeutique. Cependant le pourcentage des résidents atteints de détérioration intellectuelle ne cesse de croître dans les unités dites « classique » et cela pèse sur la vie des autres résidents mais aussi sur les conditions de travail du personnel.

Par ailleurs, notre mission n'est pas simplement de « garder » ces personnes et d'éviter qu'elles ne se mettent en danger. Nous devons leur proposer un projet de vie qui leur permette de sauvegarder autant que possible leur dignité et leur autonomie.

C'est dans ce sens que travaille l'ensemble de l'équipe en intégrant dans le projet de soins des ateliers thérapeutiques, mais aussi travaux manuels, animation, gym douce, relaxation, musicothérapie, sorties au marché ou en extérieur, pique-niques, maintien des activités quotidiennes comme la réalisation de confitures, la lecture du journal, les pots de bienvenue etc...

A cet égard, considérant que l'ancrage dans le quotidien et le maintien des activités anciennes répétitives sont essentielles pour préserver les capacités restantes, cognitives et praxiques, le projet de soins de ces résidents accueillis à l'unité protégée et selon leur histoire de vie, leurs besoins, leurs envies et leurs capacités, certaines tâches du quotidien seront inscrites dans certains plans de soins.

Parmi celles-ci, on pourra par exemple trouver :

- ♦ Arroser / désherber / planter le jardin potager
- ♦ Arroser les fleurs
- ♦ Ramasser les légumes
- ♦ Nourrir/ faire rentrer/ faire sortir les poules
- ♦ Ramasser les œufs
- ♦ Plier le linge

♦ Mettre la table /Débarrasser etc...

Autant de gestes et d'habitudes qui, pour nous, ne sont pas de l'occupationnel, mais du soin et de la thérapeutique, le sentiment d'utilité étant plus que jamais au centre de la préservation de la santé physique et mentale. L'inclusion d'animaux (poules, chats, chèvres à terme) s'inscrit dans le projet de soins non médicamenteux de façon très forte.

3.2.8 L'accompagnement de fin de vie

Chaque personne a droit au respect de ses souhaits de fin de vie et de ses directives anticipées, lorsqu'il y en a, et qu'elles ne sont pas incompatibles avec la législation en vigueur. Chacun a également droit à un accompagnement de fin de vie de qualité. L'EHPAD, en ce sens, est très investi au niveau humain dans l'accompagnement de ce moment fort pour les résidents et leurs proches. Toutefois, dans la mesure où l'accompagnement humain ne suffit pas toujours, force est de constater qu'au niveau de l'accompagnement médical, des difficultés subsistent. L'accompagnement de la fin de vie et de la douleur, dans un contexte humain bienveillant, respectueux et digne, est la priorité de l'ensemble des acteurs du soin.

A ce jour, nous constatons que la loi Léonetti-Craps est insuffisamment connue et appliquée par le corps médical, tant pour des raisons de manque de temps que pour des questions de convictions personnelles variables selon les médecins. Un nouveau projet de loi sur la question de la fin de vie doit être mis en travail par le Gouvernement en 2023. Nous espérons, dans l'intervalle, que les directives anticipées de fin de vie de chaque personne deviendront réellement opposables, ainsi que le prescrit déjà la loi, afin que personne n'ait à subir la prise de décision de qui que ce soit, mais soit accompagné selon sa demande et son souhait, dans le respect du cadre légal.

La rédaction de directives anticipées de fin de vie par les résidents est encouragée, de même que les prescriptions médicales anticipées afin d'être en capacité d'être réactifs notamment sur les questions de douleur physique et morale et d'inconfort.

Les médecins sont encouragés, avec comme appui le protocole départemental sur l'accompagnement médicamenteux de la fin de vie rédigé par le collège des médecins coordonnateurs du 82, à prescrire, en cohérence avec les éventuelles directives anticipées du résident, les traitements évolutifs visant à pallier à la douleur et à l'inconfort, s'ils surviennent.

Ces prescriptions anticipées sont d'autant plus importantes en ces temps de surcharge de travail pour les médecins qui ne peuvent se déplacer immédiatement si besoin, mais également parce qu'en aucun cas l'établissement ne peut administrer un traitement qui n'est pas prescrit par un médecin. A l'inverse, l'équipe soignante est habilitée à évaluer l'état de santé d'un patient, son degré d'inconfort ou de douleur, et, sous couvert des prescriptions médicales anticipées, mettre en œuvre de façon graduelle les traitements en fonction du besoin du résident.

3.3 LA PRÉVENTION

Au fur et à mesure de l'avancée en âge, la notion de fragilité émerge et fait de la prévention un axe privilégié du projet de soins.

En collaboration avec la direction, l'IDEC et le médecin coordonnateur lorsqu'il y en a un, les infirmières développent certains axes en priorité.

Tous ces axes sont les déclinaisons de l'axe primordial qui reste la prévention de la perte d'autonomie.

Chaque infirmière développe ensuite régulièrement, sur ces axes, un suivi, une commission d'analyse et

de prévention des risques, et des préconisations.

3.3.1 Prévention des troubles nutritionnels et de la déshydratation

Une réflexion récurrente sur les besoins nutritionnels et sur la présentation des repas est menée avec l'ensemble des agents de l'établissement et la cuisine centrale, pour promouvoir le rôle central de l'alimentation (solide et liquide) en terme de convivialité mais aussi en terme de prévention (dénutrition, déshydratation, escarres, grabatisation, infections, troubles du transit, chutes, fractures...)

Un travail est en cours avec le Projet Alimentaire de Territoire (PAT), en lien avec le laboratoire Vétérinaire et la diététicienne avec laquelle nous avons conventionné, sur l'alimentation en EHPAD, les IDE, l'ensemble des soignants pour améliorer les pratiques ayant trait à l'alimentation au sein de l'EHPAD, par un diagnostic personnalisé, une journée de formation adaptée à nos problématiques pour l'ensemble du personnel, une visite des cuisines pour les résidents et un travail sur les protocoles et divers points d'amélioration comme l'équilibre des menus, des régimes, les textures adaptées.

La pénurie d'ORL et d'orthophonistes font que les bilans de déglutition sont de plus en plus difficiles à planifier. Ils sont donc réalisés en interne et de façon purement évaluative, par l'ergothérapeute vacataire, qui formule ensuite des préconisations sur les matériels et aides techniques adaptés à chaque résident pour sa prise alimentaire, mais donnent aussi lieu à la prescription de textures mixées ou moulinées, pour ceux détectés à « risque de fausses routes ». Ces aides techniques, si elles permettent de limiter le risque de dénutrition, ont surtout vocation à maintenir l'autonomie de chaque résident et à limiter sa dépendance.

Les résidents sont pesés à minima tous les mois et une fiche d'alimentation est établie si besoin, avec pesée hebdomadaire, dans le cas d'une perte de poids.

3.3.2 La prévention des escarres

L'ensemble des agents veille à la mobilité des résidents et des projets spécifiques de stimulation sont, si besoin, élaborés en équipe. Les kinésithérapeutes interviennent sur prescription des médecins traitants.

Un professeur de sport adapté à la gérontologie intervient à la demande de l'établissement une fois par semaine et anime une séance de sport pour un groupe d'environ huit personnes. Ce projet est mené en partenariat avec la conférence des financeurs et l'UFOLEP.

Le choix du matériel adapté (lit, matelas, coussins, aides techniques) fait l'objet d'une réflexion avec l'équipe, l'ergothérapeute et la direction.

Un effort particulier est fait tant sur le plan du dépistage à l'occasion des toilettes que sur le plan des apports protéino-énergétiques. (En lien avec le point 3.3.1)

Dans les situations de dépendance momentanée ou de fin de vie, un protocole a cours afin de réaliser les soins de confort et de prévention ciblés, qui sont ajoutés au plan de soins du résident concerné. Pour exemple, ce peuvent être des changements de position au lit, des effleurages, des mises au fauteuil courtes mais régulières. Autant de gestes qui, s'ils sont chronophages pour le personnel et ne donnent pas lieu à un financement spécifique, limitent ou retardent la survenue des escarres.

L'ergothérapeute présente cinq heures par semaine est un point fort de cette prévention.

3.3.3 La prévention de l'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire des résidents est liée à la dépendance physique et psychique et se manifeste par une incontinence mixte.

Toutes les actions susceptibles de favoriser la continence sont mises en œuvre :

- ♦ Faciliter le repérage et l'accès aux toilettes
- ♦ Eviter les protections dès l'accueil
- ♦ Proposer l'aide et l'accompagnement aux toilettes au minimum trois fois par jour.
- ♦ Proposer des aides techniques (chaise percée, verticalisateur, si nécessaire le lève-personne pour maintenir une élimination naturelle le plus longtemps possible).
- ♦ Eviter, Dépister et traiter les infections urinaires (sondages urinaires le plus tard possible)
- ♦ Installation de rails de transfert dans toutes les chambres rendant aisé le transfert aux toilettes, sans efforts pour le personnel.

3.3.4 La prévention des chutes

La prévention des chutes ne passe pas par la contention mais par une certaine acceptation du risque de chute qui fait partie du projet de maintien à la mobilisation.

Toutefois une attention particulière est apportée à la prévention des chutes, grosses pourvoyeuses de dépendance.

Une analyse concernant les risques et les moyens d'y remédier est constante. Trois points essentiels sont retenus :

a - Offrir un environnement sécurisant : barre d'appui, sol non glissant, éclairage suffisant

b - Limiter le risque de chute:

- installation des résidents le plus confortablement possible dans les fauteuils adaptés. La présence de l'ergothérapeute est, là encore, un point fort de cette prévention.
- siège de douche dans la salle de bain, architecture adaptée, agencement adapté de la chambre
- vérification du chaussage
- ré-interrogation et adaptation régulière des traitements pouvant majorer le risque de chute, la iatrogénie, la posologie et les heures de prises.

c - Rechercher le ou les causes de chutes grâce aux constats de chutes remplis soigneusement en notant les circonstances de la chute et informatisés dans le dossier de soins. Une étude de chaque fiche est réalisée et donne lieu à une proposition d'adaptation et de prévention par l'infirmière.

La contention physique est une décision grave qui relève d'une procédure d'évaluation particulière et d'une prescription médicale. La contention des personnes dont les capacités motrices sont en partie conservées n'est pas bienvenue dans l'établissement car rarement satisfaisante tant d'un point de vue éthique que d'un point de vue médical. Elle n'est mise en place qu'après échec de toutes les autres stratégies de sécurisation/prévention disponibles et après discussion collégiale de tous les acteurs (patient, famille, équipe, médecin). Elle nécessite une évaluation du rapport bénéfice/risque et est envisagée seulement lorsque le résident n'est plus en capacité de réaliser seul le moindre transfert ou déplacement (GIR C en Déplacement et transferts).

Dans les autres situations, l'adhésion des familles est recherchée afin d'accepter le risque de chute comme inhérent à la préservation de la liberté de déplacement.

Là encore, il s'agit de poursuivre un dessein plus grand que la simple prévention des chutes, à savoir,

maintenir le plus longtemps possible, une certaine autonomie, en préservant le précaire équilibre entre maintien de la marche comme préventeur des chutes, et limitation des chutes comme facteur favorisant de la perte d'autonomie.

3.3.5 La prévention du manque d'accès aux soins : les objectifs 2022-2027

Là encore, il s'agit, avec nos partenaires du territoire, et les instances nationales, régionales et locales, de développer des projets de prévention ciblés mais aussi des stratégies innovantes d'accès aux soins, afin de réinventer des maillages nouveaux et contourner ainsi l'écueil du manque d'accès aux soins.

a - La prévention et la santé bucco- dentaire

Le manque de médecins dentistes de ville, le sous équipement des EHPAD en matériel permettant les soins dentaires sur site, la culture défaillante de la prévention de la santé bucco-dentaire en EHPAD font que les résidents d'EHPAD ont souvent un déficit de suivi et de soins bucco-dentaires qui ressurgit ensuite sur la santé de façon générale, majorant les risques de dénutrition, d'infections etc.

C'est pourquoi l'EHPAD s'est engagé dans le projet d'amélioration de la santé bucco-dentaire porté par l'ARS en partenariat avec le cabinet dentaire mutualiste de Montauban. Ce partenariat permet à la fois à tous les résidents de bénéficier d'une évaluation de leur état bucco-dentaire par un dentiste, mais également au personnel d'être formé à l'évaluation et aux soins de bouche permettant de maintenir une dentition correcte.

Ce partenariat, déjà engagé, est à maintenir.

b - Les téléconsultations CPTS

Afin de pallier momentanément à la pénurie de médecins traitants, la CPTS Quercy Garonne a développé un outil en ligne de prise de rendez-vous en téléconsultation accompagnée d'une infirmière. Cet outil, bien que ponctuel, permettra à l'EHPAD de prendre correctement en charge les résidents, tant du point de vue de la prescription que de l'orientation vers des spécialistes.

c - L'adressage direct aux médecins spécialistes

Dans l'attente de la mise en place de la télémédecine de « secours » pour les résidents sans médecin traitant par la CPTS, il conviendrait que les hôpitaux et cliniques puissent accueillir, sur adressage des infirmières de l'EHPAD, certains résidents nécessitant un diagnostic ou un suivi.

Actuellement, nous réfléchissons à une convention de partenariat avec les cliniques du Pont de Chaumes et de la Pinède, mais subsiste une difficulté puisque cette possibilité n'est pas prévue par l'HAS dans les démarches de certification. Il convient donc d'obtenir, le cas échéant, une dérogation de cette instance, pour éviter à ces résidents cette « double peine » et donc un défaut de soins.

d - L'intervention dérogatoire des équipes mobiles

De même, dans l'attente de l'installation de nouveaux médecins traitants de ville, il subsiste une difficulté de recours aux équipes mobiles de soin (HAD, RESO, Equipe mobile de Géroto-Psychiatrie) puisque celles-ci n'interviennent qu'avec accord du médecin traitant et ne peuvent être prescriptrices, mais seulement formuler des préconisations de traitements ou prises en charge, qui restent à mettre en œuvre par le médecin traitant. En l'absence de médecin traitant, il convient, là encore, d'obtenir une dérogation pour éviter à ces résidents cette « double peine » et donc un défaut de soins.

3.4 Les « nouvelles technologies » au service du soin

3.4.1 La télémédecine et les assistants de soin connectés

Le raccordement complet de l'EHPAD à la fibre, la couverture wifi du bâtiment va permettre de réaliser des consultations de télémédecine au lit du patient, si celui-ci n'est pas en capacité de se déplacer en salle de soins. L'établissement bénéficie du matériel nécessaire et réalise déjà certaines consultations en télémédecine.

Par ailleurs, chaque chambre bénéficie d'un accès fibre institutionnel et peut, si envie ou besoin, bénéficier d'un accès fibre personnel. Ce câblage permettra également de recourir, dans l'avenir, à des assistants de soins connectés, tels que les pacemakers connectés, des outils de prévention des risques, matériels d'évaluation connectés à domicile (type Holter, apnée du sommeil, surveillance glycémique et cardiaque etc..) et des futurs outils connectés qui apparaîtront dans l'avenir et devraient pouvoir transmettre des données et des mesures directement aux médecins prescripteurs.

3.4.2 Le logiciel de soin

Il est accessible à distance par les médecins identifiés et permet à ces derniers de consulter le dossier de leurs patients, mais aussi de réaliser à distance des renouvellements ou prescriptions qui sont directement envoyés à la pharmacie par voie sécurisée.

En interne, il permet à chaque agent, selon ses fonctions et ses attributions, et dans le respect du RGPD, de consulter, tracer et valider ses soins et ses interventions, garantissant aux données quotidiennes, médicales ou non, une traçabilité parfaite, sans possibilité de modification à postériori.

Il permet également l'utilisation de tablettes connectées afin de limiter les erreurs et oublis dans la prise en soin individualisée de chaque résident.

3.4.3 La climatisation

Le risque climatique est majeur, chaque année est plus chaude que la précédente. On le sait, les fortes chaleurs impactent non seulement la santé et l'autonomie des personnes âgées et fragiles mais génèrent aussi des décès liés à la chaleur (majoration de pathologies chroniques, survenues de pathologies aiguës majorées par les fortes chaleurs). C'est pourquoi, l'installation de la climatisation dans l'ensemble des locaux de l'établissement était un enjeu majeur de santé et de qualité des soins pour l'établissement.

3.5 La Formation

Elle s'intègre totalement dans le projet de soins car c'est un gage d'amélioration de la qualité. Elle doit se centrer sur l'objectif de pallier à la pénurie nationale de personnel diplômé/formé, en intensifiant et fidélisant la formation des personnels néophytes du domaine médical, de manière à les inciter à valider des formations diplômantes.

En plus de la formation interne confiée à certains membres du personnel (prévention d'escarres, hygiène...) des plans de formation sont orientés vers la sécurité et la prise en charge gériatrique de nos résidents :

- ♦ Hygiène (formation par l'Equipe mobile Hygiène du CH de Montauban, SODISCOL, Laboratoire Vétérinaire Départemental, CNFPT)
- ♦ Sécurité Incendie
- ♦ Gestes et postures (Formations annuelles par Ergothérapeute)
- ♦ Gestes d'urgence (par les pompiers et l'antenne prévention des risques du CDG82)
- ♦ Démences
- ♦ Bienveillance
- ♦ Alimentation en EHPAD
- ♦ Communication avec les personnes âgées et leur famille
- ♦ Accompagnement de fin de vie
- ♦ Utilisation des rails de transfert
- ♦ Prévention des accidents de travail (en lien avec le pôle prévention du CDG82 et la CARSAT)
- ♦ Formations diplômantes, accompagnement à la VAE et préparation aux concours: ASG, AES, AS
- ♦ Formation d'assistants de soins Gériatriques (ASG) à raison d'un à deux agents par an

3.6 Axes de travail 2022-2027 :

Dans la logique d'amélioration permanente de la qualité des soins, un certain nombre d'objectifs sont à développer sur la durée du présent projet:

- Recruter un(e) médecin coordonnateur.
- Inventer un nouveau modèle avec les acteurs du territoire permettant de résoudre le problème de la désertification médicale et garantissant l'accès aux soins médicaux pour tous les résidents.
- Intensifier la coopération et des conventions de partenariat avec les acteurs de soins du territoire.
- Développer la domotique médicale permise par le câblage fibre de tout le bâtiment.
- Développer la télémedecine.
- Investiguer sur la prise en soins dentaires, prévention et soins, au sein de l'établissement, y compris dans le cadre du projet ARS.
- Travailler sur la prévention et militer pour un financement de celle-ci, au détriment du financement du curatif (CF logique PATHOS qui valorise le curatif et non le préventif et l'éducation thérapeutique, pourtant chronophage).

- Construire avec la cuisine centrale, les acteurs du territoire et notre partenaire le Laboratoire Vétérinaire Départemental, un véritable projet alimentaire adapté à la personne âgée, responsable et durable, ainsi qu'un véritable Projet Alimentaire de Territoire Intercommunal.
- Développer les commissions d'analyses des risques (chutes, iatrogénie, prescriptions, contentions, douleur, incontinence et perte d'autonomie, dénutrition etc.) avec les IDE référentes.
- Développer, en lien avec la Mairie, le projet d'habitat inclusif en cœur de village en proposant l'EHPAD comme tiers lieu d'activités partagées.
- Penser et inventer l'EHPAD de demain, plus ouvert, plus respectueux, plus souple et laissant place à la créativité et à l'esprit d'initiative de chacun de ses acteurs : résidents, familles, personnels, habitants.

CONCLUSION DU PROJET DE SOINS

Ayant conscience que l'institutionnalisation en elle-même est souvent une violence pour le résident, ainsi qu'une double peine et qu'on ne guérit pas de la vieillesse, l'équipe de l'EHPAD de Lafrançaise a construit ce projet de soins comme un équilibre entre le respect du résident, de ses souhaits et la préservation de sa sécurité, et l'optimisation de ses chances de profiter du temps qu'il lui reste à vivre sans souffrance inutile et sans contrainte abusive.

Cela passe par le refus total des soins de force, la recherche de solutions alternatives, les soins différés et le respect de la charte des droits et libertés du résident en EHPAD.

Chapitre IV
Projet d'Animation
et de
Vie Sociale

Guylaine SEGONNE, IDEC
Rose CAMBON, Directrice
LACOMBE Marie-Claude, Animatrice

Octobre 2022

INTRODUCTION

Le projet d'animation co-construit entre Novembre 2021 et Octobre 2022 fait partie intégrante du projet d'Etablissement.

Il formalise les engagements de l'établissement sur une prise en charge des personnes accueillies dans le respect de leur rythme et de leur individualité, en collaboration avec leur famille.

Son but est de garantir un accompagnement de qualité, répondant aux attentes et aux envies des résidents, par des propositions d'activités co-construites par les résidents pour les résidents.

Depuis plusieurs années, le programme d'animation de l'EHPAD est construit par l'animatrice, avec les résidents, au moyen de réunions mensuelles de l'ensemble des résidents, qui définissent ensemble ce qu'ils souhaitent. Cette participation sera maintenue dans les années à venir.

Il a été élaboré avec l'équipe de l'établissement et sert de ligne directrice sur les points principaux relatifs à l'animation et à la vie sociale en EHPAD, conformément aux recommandations de bonnes pratiques. A ce titre, ce projet est voué à évoluer avec les résidents en EHPAD.

Comme le projet de soin, il suppose une dynamique impliquant l'ensemble des acteurs de la structure et du territoire (intervenants extérieurs et personnels, partenaires institutionnels locaux, associations, institutions, familles, particuliers, mais aussi personnel administratif, soignant ou technique, etc.), et non simplement le personnel d'animation.

L'animation de la vie sociale est un soin. Au-delà des personnels dédiés, la vie sociale de l'établissement est l'affaire de tous. Soigner ne se conçoit pas seulement sous l'acception sémantique médicale, mais réellement en prenant en compte de façon très claire la notion de prendre soin, de prévention, de maintien des capacités, de stimulation, de thérapies non médicamenteuses, de projets thérapeutiques, qui trouveront de façon assumée leur place dans ce projet d'animation et d'activités.

Notre projet d'établissement doit réussir le mariage difficile du projet de vie (préserver, maintenir l'autonomie et mettre en œuvre des actions permettant l'ouverture sur le monde extérieur, entendre les refus et les souhaits individuels) et du projet de soins qui doit définir et préciser les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents, de leurs besoins ainsi que les modalités de coordination des divers intervenants et du projet d'animation et de vie sociale qui lui, pose les bases des activités quotidiennes en dehors des actes d'hygiène et d'alimentation.

Ce projet tient compte de la globalité des besoins et des attentes des résidents. Il encadre les nécessaires adaptations des activités aux personnes accueillies. Il permet à chacun de s'investir dans les activités du quotidien, quel que soit son métier et son statut. Car un personnel et des familles partageant leurs valeurs d'Ingres au sein de l'EHPAD sont garants d'un système où chacun trouve sa place et peut s'épanouir.

4.1 Le pôle animation

Il se compose d'une animatrice, principalement affectée à l'animation et la vie sociale des résidents de l'unité classique. Elle est présente du lundi au vendredi de 11h à 18h. Toutefois, les horaires sont modulés selon les besoins.

Elle est chargée de co-concevoir avec les résidents un programme d'animations adaptés aux attentes, aux capacités et aux envies de chacun, mais aussi de développer, et coordonner l'action des intervenants extérieurs (par exemple 3ème âge, sophrologie, musicothérapie, sport adapté, animations musicales, associations, malle aux livres etc...).

Dans la mesure du possible, elle travaille en binôme avec un membre de l'équipe soignante les après-midi, afin de développer des activités thérapeutiques adaptées, notamment aux résidents présentant des pertes motrices et cognitives conséquentes.

Dans l'unité protégée, le projet d'animation est porté par l'ensemble de l'équipe, qui, sur des plages horaires définies organise tout au long de la journée des temps d'activités formalisés par un projet écrit précisant la nature de chaque activité, les moyens utilisés, les objectifs. Chaque activité réalisée est tracée sur le logiciel de soin et évaluée pour chaque résident.

- Le programme d'animations est affiché à la semaine, que ce soit pour l'unité classique ou l'unité protégée.
- Les activités groupées entre résidents de l'unité protégée et de l'unité classique sont également favorisées, autant que faire se peut et en fonction des résidents accueillis et de la nature de l'activité, par exemple sur le loto, la musicothérapie, les anniversaires etc)
- Les activités, particulièrement dans l'unité protégée, viennent en plus des activités occupationnelles quotidiennes que sont la mise de la table et son débarrassage, le soin aux animaux et au potager, le pliage du linge etc

4.2- LE PROJET D'ANIMATION DE L'EHPAD, UNITE CLASSIQUE

4.2.1 Les ressources internes

Le projet d'animation fait partie intégrante du projet de vie et du projet de soins pour beaucoup de résidents.

L'animation est l'un des outils essentiels pour donner du sens au projet de vie individualisé à travers le maintien du lien social, des activités librement choisies, non infantilisantes et s'inscrivant dans la continuité de l'histoire de vie de chacun.

Ce constat conduit à affirmer que l'animation n'est pas le domaine réservé de l'animatrice, mais qu'elle procède d'un engagement de toute la structure.

Par ailleurs, l'animation est le moyen pour chacun des intervenants de placer sa relation à la personne prise en charge dans une autre dimension. La place de l'animatrice est essentielle, en considérant qu'elle ne doit

pas à elle seule réaliser toutes les animations.

Son travail consiste également à coordonner les actions, les planifier, les orienter et les évaluer pour qu'elles restent toujours pertinentes et en adéquation avec les souhaits des résidents, ceci par la tenue de réunions participatives avec les résidents qui définissent eux même leur projet d'animation.

L'animation est conçue comme un partenariat entre l'animatrice de l'EHPAD ouvert et l'équipe de l'unité protégée qui sera en charge de l'animation de celle-ci, de façon à poser le fait que l'animation, la vie sociale est l'affaire de tous les soignants. Un planning des activités est proposé chaque semaine et communiqué aux résidents.

Des repas particuliers, en petits comité, sont organisés régulièrement par l'animatrice, la psychologue et l'équipe, afin de privilégier des moments intimes, de favoriser l'émergence de liens particuliers entre les résidents, de partager un moment individuel et en dehors du cadre habituel. Ces repas ont lieu dehors, quand le temps le permet, ou dans un salon.

4.2.2 Les ressources externes

L'ergothérapeute intervient à l'EHPAD une journée par semaine, comme personnel extérieur. Elle est une véritable valeur ajoutée pour les résidents comme pour le personnel puisqu'elle gère le matériel, les positionnements, le suivi des aides techniques particulières, la formation et l'information aux équipes et co-anime avec la psychologue l'atelier thérapeutique.

Le professeur de sport adapté intervient chaque semaine, en binôme avec l'animatrice qui ainsi absorbe un savoir et est en capacité, en son absence, de développer des projets autour du mouvement et d'activités physiques et motrices.

La sophrologue qui intervient également chaque semaine a su créer un lien fort au sein du groupe qu'elle accueille et accompagne. Ainsi, bien que ce groupe évolue avec le temps, le tout n'est pas égal à la somme des parties mais forme une entité à part entière avec des liens qui se tissent entre les résidents.

La musicothérapeute intervient deux fois par mois, également en binôme avec l'animatrice qui, là encore, acquiert des compétences transposables et bénéfiques pour tous les résidents.

Les partenariats associatifs et les bénévoles, bien que très impactés par la crise sanitaire de 2020 à 2022, sont bien présents et font vivre l'EHPAD, autant que l'ouvrir sur l'extérieur. Parmi ces partenariats, on retrouve les bénévoles de la paroisse et le culte qui sont très appréciés de beaucoup de résidents, mais également les interventions poétiques et littéraires de l'association « la malle aux livres ».

Le troisième Age et la mutualité française organisent souvent en partenariat avec l'EHPAD des activités communes telles que des lotos, des après-midi ludiques etc.

4.3 Le Projet d'animation de l'Unité Protégée

4.3.1 Les locaux, les jardins, l'environnement

L'établissement dispose désormais d'un secteur sécurisé de 16 chambres en Novembre 2022.

Cette unité a été conçue avec un couloir de déambulation en 8, avec un patio intérieur planté d'essences odorantes et un accès sur un jardin potager sécurisé, ainsi que sur un poulailler thérapeutique. Elle dispose en outre d'une belle salle d'animation et d'une grande salle à manger. Cependant le pourcentage des résidents atteints de détérioration intellectuelle ne cesse de croître dans les unités dites « classique » et

cela pèse sur la vie des autres résidents mais aussi sur les conditions de travail du personnel.

Par ailleurs, notre mission n'est pas simplement de « garder » ces personnes et d'éviter qu'elles ne se mettent en danger. Nous devons leur proposer un projet de vie qui leur permette de sauvegarder autant que possible leur dignité et leur autonomie.

C'est dans ce sens que travaille l'ensemble de l'équipe en intégrant dans le soin des ateliers thérapeutiques, mais aussi travaux manuels, animation, gym douce, relaxation, musicothérapie, sorties au marché ou en extérieur, pique-niques, maintien des activités quotidiennes comme la réalisation de confitures, la lecture du journal, les pots de bienvenue ...

A cet égard, considérant que l'ancrage dans le réel et le maintien des activités anciennes répétitives sont essentielles pour préserver les capacités restantes, cognitives et praxiques, le projet de soin de ces résidents accueillis à l'unité protégée et selon leur histoire de vie, leurs besoins, leurs envies et leurs capacités, certaines tâches du quotidien seront inscrites dans leur plan de soins

- ♦ Arroser le jardin potager
- ♦ Arroser les fleurs
- ♦ Faire un bouquet de fleurs
- ♦ Désherber/Planter le potager
- ♦ Ramasser les légumes
- ♦ Nourrir les poules
- ♦ Ramasser les œufs
- ♦ Plier le linge
- ♦ Mettre et desservir la table

Autant de gestes et d'habitudes qui, pour nous, ne sont pas de l'occupationnel, mais du soin et de la thérapeutique, le sentiment d'utilité étant plus que jamais au centre de la préservation de la santé physique et mentale.

4.3.2 L'équipe

L'équipe est constituée au quotidien de deux agents entre 6h50 et 11h et entre 17h et 21h et de quatre agents entre 11h et 17h. Elle se compose d'AMP, AES, AS ASG et Agents de services, tous formés à l'accompagnement des résidents atteints de pathologies démentielles.

Elle est complétée, de façon plus ponctuelle, de la psychologue à 0.50 ETP, de l'ergothérapeute, des IDE, et de l'agent d'entretien qui est chargé de la supervision des soins aux animaux, et au jardin, toujours en accompagnement des résidents.

4.3.3 Les activités proposées

Les activités proposées se décomposent en plusieurs volets correspondant à des objectifs différents :

Les activités de stimulation cognitive et mnésique : _réminiscence, écoute et pratique musicale, protolangage, travail autour des objets, des saisons, de l'ancrage dans le temps et l'espace.

L'objectif ici est le maintien des capacités cognitives par la stimulation de celles-ci

Les activités manuelles et créatives : ateliers manuels, peinture, sculpture, collage et découpage, confection de bouquets etc...Elles ont deux objectifs distincts qui sont, d'une part, le maintien et la stimulation des capacités de motricité fine, des habiletés manuelles ainsi que de la préhension fine. D'autre part, les objectifs sont la réduction et l'expression des angoisses par la médiation de la création, du

modelage, de la couleur et de la concentration sur une tâche.

Les activités physiques et activités d'extérieur : leur objectif est à la fois de maintenir les capacités motrices et de marche des résidents, mais aussi de leur permettre de bénéficier des bienfaits de l'extérieur et de la luminosité. C'est également une ouverture sur l'extérieur et un maintien dans la société « normale ».

Les activités quotidiennes : leur objectif est d'inciter les résidents à être acteurs de leur quotidien, comme à la maison, et non d'être passifs car cette passivité induit un sentiment de « subir » la vie et le quotidien. Ainsi, mettre la table, la débarrasser, aller nourrir les poules, ramasser les œufs, planter, désherber, arroser le potager et les jardins sont considérés à l'EHPAD comme une activité thérapeutique et à ce titre, inclus dans les projets de vie et les plans de soins des résidents pour lesquels ces tâches apportent un plus. Au-delà de l'occupationnel, il s'agit de restaurer le sens de l'existence, de maintenir le sentiment d'utilité à travers une idée qui pèse lorsque l'on est jeune, mais qui prend son sens lorsque l'on se sent désœuvré : celle de la notion d'avoir des choses à faire, des obligations et donc, une place dans le groupe.

4.4 Enjeux et axes d'amélioration du projet d'animation

Parvenir à intégrer les familles des résidents, particulièrement à l'unité protégée, dans le projet d'animation, particulièrement le week-end, afin de créer un climat serein tourné vers la qualité de vie du résident dont chacun est l'un des acteurs. Il s'agit également de pouvoir soutenir le personnel lors des temps d'animation, notamment le week-end, et d'intégrer les familles dans la vie de l'EHPAD.

- Développer le réseau de bénévoles intervenant à l'EHPAD et ouvrir l'EHPAD aux habitants du quartier et du village, notamment à travers ses tiers lieux (jardins, terrain de boules) et ses nouveaux projets (animaux etc)
- Trouver des financements pour l'acquisition d'un minibus aménagé, afin de permettre aux résidents de sortir et de partir en excursion.
- Travailler, en collaboration avec la Mairie, dans le cadre du projet Petites Villes de Demain, à rendre l'EHPAD plus accessible ainsi que travailler le cheminement doux et sécurisé de et vers l'EHPAD pour favoriser l'accès des PMR au Lac, à la vallée des loisirs, mais aussi au Centre bourg
- Développer l'ouverture sur l'extérieur de l'EHPAD en créant des partenariats durables avec de nouvelles associations et avec des villageois afin de favoriser les échanges intergénérationnels mais aussi de stimuler la vie de l'EHPAD.
- Stimuler et dynamiser l'utilisation des tiers lieux créés : jardins, boulodrome, jardin potager, enclos des animaux par les résidents, les familles, les habitants du quartier afin de créer de réels lieux de vie partagés.
- Parvenir à considérer la vie sociale et l'animation comme un enjeu majeur et ne pas les sacrifier au détriment du soin, par manque de temps ou d'effectifs.

Chapitre V

**Bientraitance, Satisfaction,
Qualité de l'Accompagnement,
Constats, Moyens,
Objectifs et Perspectives**

5.1 La Bienveillance

5.1.1 Généralités et définition

Ce terme n'est, à dessein, que très peu apparu au fil de ce projet. En effet, si ce vocable est celui qui a été retenu par tous comme rassemblant l'ensemble des bonnes pratiques professionnelles, c'est son esprit qu'il convient de mettre en œuvre. La philosophie qui définit ce terme est donc le canevas de l'ensemble du présent projet, l'acte étant plus important à poser que le mot, parfois trop employé au détriment de sa mise en œuvre.

Notre définition de la bienveillance est celle d'un accompagnement qui fait le maximum pour s'adapter à chacun. Un établissement bienveillant est donc un établissement qui ne fait pas violence à ses occupants, ni dans leurs convictions, ni dans leur liberté, ni dans leur plaisir, ni dans leurs habitudes, ni dans le respect de leurs droits, au nom d'une vision manichéenne de ce qui est bon ou non pour LA personne âgée.

Il s'agit donc bien ici de considérer la bienveillance comme l'effort permanent d'individualisation de l'accompagnement selon les besoins mais surtout les envies de chacun, dans le respect de ce qu'il est, de ce qu'il vit, de ce qu'il a vécu, de ce à quoi il tient et de ce qu'il aime. Ainsi, les animaux de compagnie sont admis, dans la mesure où ils ne représentent pas de nuisance, sous réserve de l'engagement de deux parrains à assumer leurs soins et entretien si le résident n'est plus en mesure de le faire.

L'un des exemples frappants en est l'obligation, sous couvert de lien social ou d'autres notions quelconques, de participer aux animations, de manger en salle avec les autres résidents, de ne pas rester en chambre. La bienveillance est, peut-être, de considérer enfin que c'est aux gens concernés eux même de définir ce qui est ou n'est pas bienveillant pour eux. Ici, nous considérons que forcer un résident à manger en salle, l'amener aux activités s'il ne le souhaite pas, le sortir de sa chambre en journée pour pouvoir y faire le ménage sont une maltraitance ordinaire, à visée de représentation, de conviction des familles que leur parent n'est pas seul, aussi.

Respecter le droit de tous à désirer, à refuser aussi et accéder, autant que possible, à l'expression du désir, même en institution, voilà notre définition de la bienveillance. Et selon cette définition, alors le concept de bienveillance émaille bien chaque ligne de ce projet d'établissement.

Vivre n'est pas forcément défini par le fait de respirer, de manger, de dormir. Vivre, c'est aussi vouloir, rire, marcher, se sentir libre, parfois prendre des risques. Cette liberté doit être garantie jusqu'au bout et à tous les résidents, y compris ceux porteurs de démence : ni l'équipe, ni le monde médical ni les proches ou tuteurs du résident ne peuvent se substituer à lui dans la prise de décision le concernant, le refus ou les souhaits de fin de vie, s'il est en mesure d'exprimer de façon verbale ou non verbale une demande ou un refus.

Notre notion de la bientraitance réside donc dans l'individualisation maximale de la prise en charge, et dans le respect des souhaits et des refus de chacun. La bientraitance réside également dans la participation de chacun à la vie de l'institution, dans le respect des droits de chacun, y compris du personnel, dans la valorisation d'un lien de qualité entre chacun des acteurs que sont les résidents, les familles et le personnel.

5.1.2 Evaluation annuelle

Cette notion étant, comme explicité ci-dessus, individuelle, elle est évaluée chaque année au travers d'un questionnaire à destination des résidents, des familles, des personnels et des intervenants extérieurs.

Ainsi, outre le fait que cela permet, anonymement ou non, l'expression de tous, cela permet aussi à chacun de dessiner sa propre vision de la bientraitance.

De façon générale, le sentiment global de bientraitance est bon chez l'ensemble des acteurs et usagers de l'EHPAD.

En 2022, le score de satisfaction sur la question de la Bientraitance était de 17.4/20 pour les résidents avec en point fort la gentillesse du personnel et le sentiment de sécurité, de 18.6/20 pour les familles avec en point fort la qualité de l'accueil, le respect du droit à l'information, la gentillesse du personnel et le sentiment de sécurité, et de 18/20 pour les personnels pour qui les points forts sont également la gentillesse du personnel, la sécurité et la qualité des soins.

Les résultats de ces questionnaires annuels sont présentés au CVS, aux personnels, aux résidents et aux familles et sont consultables par tous, en plusieurs points de l'EHPAD.

5.1.3 Les fiches de signalement des évènements indésirables

Nécessaires à la fois pour signaler un fait de non bientraitance, un dysfonctionnement ou une maltraitance, ces fiches sont à disposition de tous sur un portant dans le hall d'accueil. Elles sont également dans le dossier d'accueil de tous les résidents entrants et un exemplaire en est remis à l'embauche à chaque personnel.

Outre sa fonction première d'outil de signalement, cette diffusion large constitue de façon symbolique un encouragement à signaler, et permet à chacun de se sentir incité à libérer sa parole, s'il le juge nécessaire et quelle que soit la gravité des faits.

5.1.4 Les entretiens annuels

Chaque agent est reçu, en fin d'année, pour un entretien professionnel individuel. Si cet entretien a vocation à évaluer la qualité du service rendu par chaque agent en regard de sa fiche de poste, il a également largement vocation à évaluer et repenser, en face à face, pour chaque agent, l'adéquation entre sa posture professionnelle et le projet de l'établissement, notamment en terme de bientraitance. A cet égard, il permet d'ajuster et de verbaliser les attendus de la structure, mais aussi, les difficultés rencontrées

par l'agent et les manques qu'il peut ressentir vis-à-vis de ses connaissances. C'est le moment privilégié pour définir ensemble le plan de formation personnel de chaque agent.

5.1.5 La formation du personnel

La structure fait un important effort de formation de son personnel, bien au-delà de la durée minimale légale annuelle puisqu'en moyenne, chaque agent bénéficie de 35 à 40h de formation externe par an. Ces formations externes, quelles qu'elles soient, permettent à la fois aux agents d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques sur les pratiques professionnelles recommandées, mais elles constituent également un lieu d'échange sur les pratiques, souvent avec des professionnels d'autres horizons, ce qui reste l'une des façons de remettre en travail sa propre pratique professionnelle.

A cela se rajoute la formation interne, à savoir l'accompagnement des agents sur un poste par les « anciens », afin de transmettre le savoir, les bonnes pratiques, mais également de perpétuer la culture institutionnelle et de maintenir une cohérence entre les nouveaux agents et les agents d'expérience.

5.2 La satisfaction des résidents

5.2.1 Généralités

Bien que comportant des biais d'analyse, la satisfaction générale de l'usager reste à la base de la démarche d'amélioration continue de la qualité du service rendu à l'usager. En effet, même si les attentes sont multiples, variées et parfois contradictoires, particulièrement sur des thèmes tels que la restauration ou l'animation, la consultation et la participation des usagers reste un excellent moyen de favoriser leur satisfaction générale.

5.2.2 Evaluation annuelle

La satisfaction des résidents est évaluée annuellement au moyen de questionnaires construits selon plusieurs thèmes d'analyse : la satisfaction générale, l'image de l'établissement, l'accueil, les prestations extérieures, le personnel, l'animation, la vie sociale, le cadre de vie, les repas, la lingerie, l'animation et la vie quotidienne.

Une large place est laissée, au-delà des questions, à l'expression de chacun et aux suggestions, qui, lorsqu'elles paraissent légitimes, sont immédiatement examinées et, le cas échéant, mises en œuvre.

En 2022, le taux de participation était de 73%, avec un taux de satisfaction global de 91% avec une mention particulière pour l'image de l'établissement, (94%), l'accueil (93%), le personnel (89%), le cadre de vie (90%).

5.2.3 Des instances de participation directe à l'amélioration de la qualité

La culture institutionnelle et l'histoire de l'établissement (foyer logement), fait que nous avons gardé un fonctionnement très participatif, jamais excluant puisque tous les résidents, y compris ceux porteurs de démences ou de troubles divers, sont consultés. La parole n'est jamais bridée.

Ainsi, une commission cuisine a lieu tous les 3 mois, en présence de tous les résidents, de la Direction, du chef cuisinier, de la diététicienne, de l'AST responsable cuisine et de Madame la Vice-Présidente du CCAS. Elle permet à chacun l'expression directe de son avis sur l'alimentation, les repas et le service, mais elle permet également de mettre en lumière la question de la difficulté à satisfaire chacun de façon individuelle. Ainsi, des améliorations consensuelles et des solutions partagées sont recherchées. Tous

décident, ensemble, de la composition des repas, des plats à ajouter ou supprimer, mais aussi des menus de fêtes tels Noël et Nouvel an.

La commission animation se réunit une fois par mois. L'animatrice réunit ainsi tous les résidents et le groupe définit ensemble le programme des animations.

L'association des amis de la résidence, constituée exclusivement de résidents, de la directrice et l'animatrice, permet de développer des projets complémentaires que la résidence ne peut financer, mais définit également les manifestations et démarches susceptibles de faire rentrer des fonds à l'association pour financer ses actions.

Le CVS est consulté très régulièrement, par-delà de ses réunions habituelles, et il est un appui majeur à la prise de décision pour la direction. Pour exemple, il a été consulté 8 fois en 2021/2022, en dehors de ses rencontres habituelles. Sa présidente, une résidente de l'établissement, est largement intégrée dans la vie de l'établissement, mais aussi dans la vie institutionnelle et dans la transmission d'informations, qu'elles soient ascendantes (des résidents vers la direction) ou descendantes (de la direction vers les résidents).

5.3 La démarche qualité

5.3.1 Généralités

Cette démarche n'est, à ce jour, pas formalisée, puisque l'établissement n'est pas engagé dans une démarche de certification et ne dispose pas de moyens suffisants pour s'adjoindre les services d'un qualitatif. Toutefois, si cette formalisation peut être considérée comme défailante, l'ensemble du présent projet, et au-delà, l'ensemble des actions mises en œuvre au quotidien dans l'établissement témoignent d'une philosophie d'amélioration continue de la qualité du service rendu à l'utilisateur qu'il conviendra, sur la durée du présent projet de formaliser afin, d'une part, de valoriser le travail qui est accompli et, d'autre part, de cibler les axes d'amélioration à traiter en priorité, après établissement de constats partagés.

A cet effet, le nouveau dispositif d'évaluation de la qualité et de contrôle de celle-ci, construit par la HAS, s'appuie désormais sur un référentiel national commun à tous les ESSMS centré sur la personne accompagnée. C'est le socle du dispositif d'évaluation. Il répertorie les exigences à satisfaire par l'ESSMS et les éléments nécessaires à leur évaluation.

Il a vocation à être utilisé par les ESSMS, pour réaliser des auto-évaluations de manière autonome et par les organismes évaluateurs, comme outil de référence dans la conduite de la visite d'évaluation.

Le Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 donne compétence aux autorités de tarification et de contrôle (ATC) pour fixer la programmation pluriannuelle des évaluations pour la période de juillet 2023 à décembre 2027. Seuls les ESSMS autorisés en 2008 – 2009 doivent rendre leurs évaluations entre le 1er janvier 2023 et le 30 juin 2023. Tous les autres ESSMS devront se conformer au calendrier arrêté par leur ATC qui sera publié au plus tard le 1er octobre 2022.

A la rédaction du présent projet, la date d'évaluation pour l'établissement n'est pas connue, mais devrait vraisemblablement intervenir courant 2023 pour l'évaluation interne et courant 2024 pour l'évaluation externe.

5.3.2 Evaluation Interne ou auto-évaluation

Le rythme d'une évaluation tous les cinq ans (au lieu de sept) est porteur de sens pour l'ESSMS et leurs professionnels car il correspond notamment à celui du projet d'établissement. Il permet de réinterroger de manière plus régulière les pratiques et les organisations au bénéfice des personnes accueillies. Et de réaliser un inventaire de constats partagés par tous les acteurs, puis de définir des objectifs d'amélioration selon un échéancier précis.

5.3.3 Evaluation externe

Le référentiel s'appuie sur un manuel qui définit trois méthodes pour évaluer les pratiques et les organisations, au plus proche du terrain. Elles se traduisent par des entretiens avec les personnes accompagnées, les membres du conseil de la vie sociale, les professionnels et la gouvernance des ESSMS.

Le référentiel est structuré en trois chapitres autour de neuf thématiques qui permettent d'évaluer la qualité des accompagnements des personnes. Ces thématiques identifiées par les groupes de travail s'articulent autour de La bientraitance et l'éthique, les droits de la personne accompagnée, L'expression et la participation de la personne accompagnée, la co-construction et la personnalisation du projet d'accompagnement, l'accompagnement à l'autonomie, l'accompagnement à la santé, la continuité et la fluidité des parcours, la politique de gestion des ressources humaines, la démarche qualité et la gestion des risques.

On retrouve tout ou partie de ces thématiques au sein des trois chapitres qui structurent le référentiel : la personne, les professionnels, l'ESSMS.

CONCLUSION GÉNÉRALE AU PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Le présent projet, travaillé et co-construit en équipe, est rédigé à l'orée d'une nouvelle ère de l'histoire de l'établissement : celle d'un nouveau départ constitué par le retour de l'EHPAD dans ses locaux rénovés et agrandis, ainsi que l'ouverture de l'unité protégée.

Il revêt donc le double enjeu de garantir la continuité de la culture institutionnelle et de poser la ligne de vie, la ligne d'horizon vers laquelle l'ensemble des professionnels de l'établissement se devront de tendre.

Il a l'ambition du mariage entre la conservation des points forts de la structure et l'amélioration de ses points faibles, à la faveur de cette seconde naissance liée au renouveau des locaux et de l'activité.

Si ce projet ne nous contraint pas, il nous engage et nous donne une direction pour les cinq années à venir.

Nous concluons donc en réaffirmant la conviction du gestionnaire que l'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans un environnement satisfaisant ne peut se faire sans une relative homéostasie du système et un regard bienveillant et non dogmatique porté sur l'humain.

La bienveillance de ce regard porté sur tous, résidents, familles et personnels, doit permettre d'atteindre l'objectif premier : permettre à chacun de vivre et de travailler dans un environnement serein, autorisant à chacun d'être impliqué, mais aussi créatif et inventif afin de participer à l'émergence de nouveaux modes de gestion et d'accueil, d'accompagner les mutations de notre monde.

Anticiper, inventer des solutions nouvelles permettant de s'adapter aux changements et aux manques devront donc être mis en valeur, afin de se garder du sentiment de soumission, d'insatisfaction et d'impuissance qui président à la souffrance et à la colère et font que tant d'humains se détournent aujourd'hui de nos institutions, que ce soit pour y travailler ou pour y vivre.

Ce projet, en résumé, pose les jalons d'une ambition simple : construire ensemble un établissement où il continue de faire bon vivre et travailler.

Annexes :

- ↳ Contrat de séjour + avenants y compris Annexes relatives à la liberté d'aller et venir.
- ↳ Livret d'accueil.
- ↳ Dossier d'admission.
- ↳ Planning indicatif Novembre et Décembre 2022 UC et UP.
- ↳ Planning d'animation UC et activités UP Novembre et Décembre 2022.
- ↳ Conventions de partenariat.
- ↳ Formations réalisées et prévues.
- ↳ Règlement intérieur du personnel.
- ↳ PV de la commission de sécurité.
- ↳ Lexique.

