

# RESIDENCE LES VERGERS

*2015-2020*



## SOMMAIRE

<b>1. PREAMBULE</b>	<b>4</b>
1. LES FINALITES DU PROJET D'ETABLISSEMENT	4
2. LA METHODOLOGIE QUE NOUS AVONS RETENUE	4
<b>2. FICHE D'IDENTITE DE LA RESIDENCE LES VERGERS</b>	<b>6</b>
<b>3. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE SON ENVIRONNEMENT</b>	<b>7</b>
1. HISTOIRE DE L'ETABLISSEMENT ET DE L'ASSOCIATION ENTRAIDE AUX PERSONNES AGEES	7
2. SITUATION GEOGRAPHIQUE ET PRESENTATION DE L'ENVIRONNEMENT	7
3. L'ARCHITECTURE DES BATIMENTS	9
4. NOS GRANDES MISSIONS	10
5. LE CADRE REGLEMENTAIRE DE LA RESIDENCE LES VERGERS	10
6. LES ARRETES D'AUTORISATION LES CONVENTIONS	12
7. LA CARACTERISATION DE LA POPULATION ACCUEILLIE	12
8. L'OUVERTURE DE LA RESIDENCE SUR SON ENVIRONNEMENT	13
<b>4. NOTRE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT</b>	<b>15</b>
1. LA GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS	15
2. LA PROMOTION DE LA QUALITE DE VIE	16
3. LA RESTAURATION ET NOTRE PROJET ALIMENTAIRE	17
4. L'INDIVIDUALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT : DU PREMIER ACCUEIL AU PROJET PERSONNALISE	19
5. LA BIENTRAITANCE	23
6. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE	25
<b>5. NOTRE PROJET D'ANIMATION DE LA VIE SOCIALE</b>	<b>27</b>
1. LA PHILOSOPHIE DU PROJET D'ANIMATION ET LES OBJECTIFS GENERAUX	27
2. LES PREREQUIS ET LES BESOINS	28
3. LES MISES EN ŒUVRE CONCRETES DU PROJET D'ANIMATION	31
<b>6. LE PROJET DE SOINS</b>	<b>33</b>
1. LA CONTINUITE DES SOINS	33
2. LE CIRCUIT DU MEDICAMENT	34
3. LA PREVENTION ET LA PRISE EN SOINS DE LA DOULEUR	35
4. LA PREVENTION DES CHUTES	36
5. LA PREVENTION DES RISQUES LIES A LA CONTENTION	37
6. LA PREVENTION ET LA PRISE EN SOINS DES ESCARRES	38
7. L'ANALYSE ET LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX	39

<b>8. LA PREVENTION ET LA PRISE EN SOINS DE L'INCONTINENCE</b>	<b>41</b>
<b>9. LA PREVENTION ET LA PRISE EN SOINS DES TROUBLES DE L'HUMEUR (RISQUE SUICIDAIRE, DEPRESSION)</b>	<b>42</b>
<b>10. LA PREVENTION ET LA PRISE EN SOINS DES TROUBLES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX</b>	<b>45</b>
<b>11. HYGIENE BUCCO-DENTAIRE</b>	<b>46</b>
<b>12. LE MAINTIEN DES CAPACITES DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA SITUATION DE DEPENDANCE</b>	<b>47</b>
<b><u>13. PROJET ARC EN CIEL</u></b>	<b><u>48</u></b>
<b>1. HISTORIQUE</b>	<b>48</b>
<b>2. CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION ACCUEILLIE AU SEIN DE L'UNITE PROTEGEE</b>	<b>49</b>
<b>3. LES CRITERES D'ADMISSION ET D'EXCLUSION, LES PASSERELLES VERS L'EHPAD</b>	<b>50</b>
<b><u>14. PROJET SOCIAL : NOS RESSOURCES HUMAINES</u></b>	<b><u>53</u></b>
<b>1. LES RESSOURCES HUMAINES EN CHIFFRES</b>	<b>53</b>
<b>2. NOS RESPONSABILITES</b>	<b>56</b>
<b><u>15. PROJET QUALITE ET DE GESTION DES RISQUES</u></b>	<b><u>58</u></b>
<b>1. L'ORGANISATION DE LA DEMARCHE QUALITE</b>	<b>58</b>
<b>2. LA GESTION DOCUMENTAIRE</b>	<b>59</b>
<b>3. LA GESTION DES RISQUES A PRIORI ET A POSTERIORI</b>	<b>60</b>
<b>4. DISPOSITION DE SUIVI, D'ACTUALISATION ET DE REVISION DU PROJET D'ETABLISSEMENT</b>	<b>61</b>
<b>I. LISTE DES SIGLES UTILISES</b>	<b>62</b>

## 1. PREAMBULE

### 1. Les finalités du Projet d'Établissement

La rédaction du projet d'établissement est une obligation réglementaire (cf. dispositions de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles) instituée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle s'impose pour les établissements sociaux et médico-sociaux (article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) avec une réactualisation tous les 5 ans.

Le projet d'établissement de la résidence est l'outil qui traduit notre philosophie d'accompagnement, notre prise en soin, notre organisation de travail. Il conforte les valeurs éthiques défendues par l'Association d'Entraide aux personnes âgées, notre organisme gestionnaire : l'esprit « comme à la maison », la convivialité et la simplicité, mais aussi la dignité humaine et le respect de la personne, la protection des droits fondamentaux de chaque résident.

Le projet d'établissement sera notre ouvrage de référence à l'interne comme à l'externe. En effet, il nous permet de définir, à partir des valeurs défendues, notre stratégie pour les 5 années à venir cela au travers d'objectifs réalistes et ambitieux, précisant les actions et moyens à mettre en œuvre. C'est pourquoi il est essentiel que le contenu de ce document et notamment la partie consacrée aux perspectives d'évolution soient connues et partagées par tous les acteurs et partenaires de la Résidence.

Selon l'ANESM, « deux finalités principales du projet peuvent être identifiées :

- clarifier le positionnement institutionnel de la structure et donner des repères aux professionnels dans l'exercice de leur activité
- conduire l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble.

### 2. La méthodologie que nous avons retenue

L'élaboration du projet d'établissement s'est faite de façon collective, sous forme de groupes de travail thématiques, pour impulser un mouvement de co-création et permettre ainsi la construction d'une vision partagée.

Les réflexions et les débats thématiques qui se sont tenus ont fait émerger nos points forts et nos axes d'amélioration. Ce travail a aiguisé notre regard et nous a fait prendre conscience de nos pratiques et nos protocoles.

Le projet s'est déroulé sur 6 mois de juillet à décembre.

Un COFIL composé des membres suivants, l'infirmière coordinatrice, le médecin coordonnateur, la psychologue, la qualitiennne et la directrice, a eu pour rôle :

- La définition des thèmes de travail et la rédaction d'une feuille de route pour donner les questions prioritaires à traiter par les groupes.
- La relecture des comptes rendus des groupes thématiques et la validation du travail effectué
- L'animation des groupes de travail

Voici les thèmes que nous avons abordés :

- Le projet d'accompagnement de l'unité Arc en Ciel : *comprendre les troubles des personnes pour mieux les entourer*
- Les temps des repas : *pour une restauration source de plaisir et adaptée à l'évolution de la dépendance*
- Les temps de soins : *pour bénéficier d'une qualité de vie*
- Les temps d'animation : *pour une vie sociale épanouie*
- La fin de vie : *pour un accompagnement digne jusqu'au bout*
- Qualité de vie et Bientraitance : *un sujet transversal*
- Le maintien de l'autonomie et l'accompagnement de la dépendance
- Les droits des résidents : *un support La Charte des droits et libertés de la personne accueillie*

Les groupes de travail ont été constitués sur une base de pluridisciplinarité : des agents de soin hospitalier, des aides-soignants, des infirmières, des membres de l'équipe restauration, la maintenance, l'équipe administrative.

Les résidents ont participé à la démarche par le biais du CVS. Le thème « droits et libertés de la personne accueillie » a été abordé.

Enfin, afin que le projet d'établissement demeure un document vivant, nous avons établi des « fiches action » priorisées pour chacun des objectifs que nous nous sommes fixés. Ces fiches sont écrites dans notre outil AGEVAL et elles sont suivies par le COPIL.

## 2. FICHE D'IDENTITE DE LA RESIDENCE LES VERGERS

Raison sociale	Résidence Les Vergers
Organisme Gestionnaire	Association Entraide aux personnes âgées
Siret	338 649 445 000 16
Finess	350 002 507
Coordonnées	9 rue Jeanne de Malmain 35490 Sens de Bretagne
Statut	Privé associatif association loi 1901
Direction	Gaëlle Samson
Capacité	92 places Nous sommes habilités à l'aide sociale
Modalités d'accueil	La résidence Les Vergers accueille 92 personnes âgées dont 15 en unité protégée (le lieu de vie Arc en Ciel), 70 places en EHPAD, 1 place pour de l'hébergement temporaire, 6 places d'EHPA.
Organisation des locaux	Le bâtiment s'étend sur 3 niveaux : en rez-de-jardin l'unité de vie Arc en Ciel, au rez-de-chaussée les chambres foyer logement ainsi que des chambres EHPAD au premier étage des chambres EHPAD.
Notre territoire de Santé	Territoire de santé n° 5
Notre canton	Canton d'Antrain
Effectif autorisé	56.06 pour l'EHPAD 1.80 pour l'EHPA
Date d'ouverture	EHPA : 1969 EHPAD : Avril 2008
Convention tripartite	Convention tripartite n°3 signée le 01/12/2015
Evaluation externe	Décembre 2014
Commission de Sécurité	Avis favorable Octobre 2014 TYPE J

### 3. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE SON ENVIRONNEMENT

#### 1. Histoire de l'établissement et de l'association Entraide aux personnes âgées

Au début des années 1962-1963 quelques personnes de Sens de Bretagne se réunissent pour apporter des aides ponctuelles aux personnes âgées de la commune et de ses environs, tels que le transport de personnes le dimanche, la distribution de colis aux malades, des visites à domicile, la distribution de revues...

En 1964 cette œuvre informelle décide de se constituer en ASSOCIATION Loi de 1901. La présidente est Mlle Greslé Anna, Père Pépin est l'un des membres du CA. C'est le 15 novembre 1964 que le CA décide de construire une « Maison de repos pour les personnes âgées ».

Le père Pépin qui a vécu toute sa jeunesse à Sens de Bretagne s'est donné comme priorité l'aide aux personnes âgées souvent isolées. Il a convaincu Anna Greslé de vendre deux de ses fermes afin d'avoir un capital de départ pour ce projet de construction de maison de repos.

Le 12 novembre 1967 la première pierre est posée par M. Fréville, Maire de Rennes et Président du Conseil Général.

C'est le 17 novembre 1968 que le nom de la résidence est discuté : « Les Vergers » le nom du champ sur lequel est bâtie toute la structure.

En 1970, le Père Pépin lance le projet d'une construction d'une nouvelle aile pour accueillir des personnes « non valides ».

En 2007 l'association « Entraide aux personnes âgées », organisme gestionnaire de l'EHPAD actuel, a construit 10 pavillons. Ils sont situés à l'arrière de la résidence dans le parc. Ces pavillons à loyers modérés sont destinés à accueillir des personnes âgées autonomes de 60 ans et plus.

Les personnes logeant dans les pavillons peuvent bénéficier des activités proposées par la résidence ainsi que des repas. Lorsque la dépendance survient ces personnes sont prioritaires pour être domiciliées aux Vergers.

#### 2. Situation géographique et présentation de l'environnement

L'établissement est situé à Sens de Bretagne au cœur d'une région agricole à 30 km au nord de Rennes sur l'axe routier du Mont St Michel. La commune de Sens de Bretagne accueille une population de 2500 habitants. La résidence se situe au cœur d'un quartier composé de petits pavillons et à proximité du bourg et de ses commerces. Un chemin piétonnier depuis la résidence mène directement au bourg.

La résidence est rattachée au territoire de santé n°5 (Rennes/Fougères/Redon/Vitré), nous faisons partie du CODEM (Comité d'Observation de la DEpendance et de la Médiation) de Saint Aubin d'Aubigné et notre CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) est celui de St-Aubin d'Aubigné regroupant le pays d'Aubigné, le pays de Liffré, le pays du Val d'Ille.

Sur le département d'Ille et Vilaine il y a 123 EHPAD avec un GMP moyen de 695.

Sur le pays d'Aubigné il y a 7 Ehpads : Le Val de Chevré sur la Bouëxière, La maison de la vallée verte sur Guipel, La maison St-Michel à Liffré, Les Alleux sur Melesse, Les Roseaux de

l'Ille sur Montreuil, L'Aubinage sur St Aubin d'Aubigné et la résidence Les Vergers sur Sens de Bretagne.



### **Les besoins du territoire de Sens de Bretagne**

Le projet régional de santé (PRS) actualisé en 2014, le schéma départemental 2015-2019, ainsi que le dernier rapport d'orientation budgétaire de l'ARS (2016) nous donnent les impulsions de la politique nationale choisie à destination des personnes âgées.

Aujourd'hui la population brétilienne se caractérise par un vieillissement accéléré et par une augmentation du nombre de personnes dépendantes avec une entrée en dépendance plus tardive et un recours plus important qu'ailleurs à l'institutionnalisation. L'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 86 ans.

La capacité en hébergement permanent du pays d'Aubigné est de 530 places réparties sur 7 EHPAD. Nous représentons 17% de cette capacité.

La capacité en hébergement temporaire est de 18 places et de 8 places en accueil de jour.

La capacité pour les unités protégées est de 122 places, nous représentons 12% de cette capacité.

Les orientations du schéma départemental ne prévoient que très peu de créations de nouvelles places (260 places) car nous sommes un territoire déjà « très doté ». En 2016 pour tout le département d'Ille et Vilaine, il y a eu 52 places supplémentaires créés pour des hébergements EHPAD, 6 places en temporaire et 3 places en accueil de jour.

Le département a engagé depuis quelques années une politique en faveur de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. Il a en effet développé 1375 places d'hébergement sous forme de CANTOU (unités Alzheimer), 23 dispositifs PASA, et 262 places en accueil de jour.



La résidence s'inscrit dans cette démarche puisque nous disposons d'une unité Alzheimer de 15 places et d'une place d'hébergement temporaire pour répondre au répit des aidants en particulier. Ces dispositifs nous permettent aujourd'hui d'ajuster notre accompagnement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, qui ont des besoins spécifiques.

### **Notre liste d'attente et le reflet des besoins de la commune de Sens et de ses alentours**

Nous étudions en commission d'admission (médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, psychologue, direction) tous les mois une quinzaine de dossiers. La plus part des demandes concernent :

- des personnes dépendantes n'ayant plus la capacité de vivre à domicile et présentant des pathologies chroniques telles qu'une insuffisance cardiaque, des séquelles d'accidents vasculaires cérébrales, la maladie de parkinson...
- des personnes présentant des troubles cognitifs importants de type maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée
- des demandes pour de l'hébergement temporaire pour l'aide au répit de l'entourage, suite à une convalescence après chutes...

Beaucoup de ces demandes présentent un caractère d'urgence (sorties d'hospitalisation, épuisement des aidants, impossibilité de revenir à domicile). Nous manquons de places et notre délai d'attente pour les futurs résidents est long. Aujourd'hui il y a une pression forte à l'entrée. Nous recevons régulièrement des dossiers d'habitants de Rennes et de ses environs.

En revanche, nous avons peu de demandes pour nos 6 places de foyer logement et nous nous interrogeons sur l'avenir de ces 6 places. En effet, elles sont destinées à une population autonome qui souhaite en général aujourd'hui rester à domicile le plus longtemps possible.

### **Les manques repérés par le conseil départemental sur notre territoire<sup>1</sup> :**

Pas assez de places d'accueil de jour  
Absence de dispositif d'accueil de nuit  
Manque de places en hébergement temporaire  
Manque de places adaptées à la grande dépendance

### **3. L'architecture des bâtiments**

La résidence s'est agrandie et humanisée au fil des années grâce à de beaux projets de rénovations réguliers.

**En 1992**, il est l'heure de moderniser l'ensemble de la structure afin de pouvoir apporter de nouveaux services. Ainsi 20 chambres et studios sont construits. La salle à manger principale est rénovée, un salon de coiffure se crée à l'étage ainsi qu'une bibliothèque et une salle d'animation. Un bâtiment détaché de la résidence comporte 2 chambres funéraires.

---

<sup>1</sup> Plan départemental 2015-2019, p278, bilan des besoins repérés sur le territoire.

**En 2006**, l'Unité de vie Arc en Ciel voit le jour et offre une capacité d'accueil de 15 places.

**En 2007**, des travaux de réhabilitation de l'aile nord permettent de mettre aux normes toutes les chambres (douche de plein pied, entrée respectant le degré giratoire nécessaire pour le soignant-soigné...).

**En 2016** : installation de stores extérieurs donnant sur le terrasse pour permettre aux résidents de passer des après-midis dehors en toute sécurité.

#### **4. Nos grandes missions**

ACCUEILLIR des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans (sauf dérogation) dans le respect de leurs droits et de leurs libertés et dans la promotion de la bienveillance et de la dignité.

PRENDRE SOIN en garantissant le bien-être de la personne et en assurant sa protection et sa sécurité.

ACCOMPAGNER les personnes âgées tout au long de leur vie dans l'établissement en prenant en compte leur singularité et en proposant un accompagnement personnalisé.

#### **5. Le cadre réglementaire de la Résidence Les Vergers**

Le cadre réglementaire qui nous régit et nous donne un guide à respecter est principalement contenu dans :

- ✓ Le code de l'action sociale et des familles.
- ✓ L'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, (modification par l'arrêté du 13 août 2004).
- ✓ La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et ses décrets d'application, mettant au cœur de ses priorités le résident.

Elle a bouleversé les fondements de l'accompagnement des personnes dites « fragiles » en les plaçant au centre des dispositifs d'accompagnement.

Ses principales orientations sont les suivantes :

- Affirmer et promouvoir les droits des usagers
- Diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins et attentes des personnes
- Piloter le dispositif : articulation, planification, programmation, allocation de ressources, évaluation
- Instaurer une coordination entre les acteurs

- ✓ La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Elle institue la notion d'accessibilité et de compensation du handicap.
- ✓ L'instruction ministérielle du 22 mars 2007, relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

Cette instruction définit les orientations à mettre en place aussi bien sur le plan local que national dans le cadre de la lutte contre les maltraitances.

Trois orientations sont développées :

- L'amélioration de la procédure de signalement
  - Le renforcement de la fréquence et de l'efficacité des contrôles
  - La mise en place d'une véritable politique de prévention et de promotion de la bientraitance
- ✓ La loi du 22 juillet 2009 dite "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) créant notamment l'Agence Régionale de Santé.
  - ✓ La loi dite Léonetti du 22 avril 2005 et la loi Claeys-Leonetti relative aux droits des malades et à la Fin de vie et instaurant un droit à la « *sédation profonde et continue* »
  - ✓ Le décret du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées et à l'élaboration d'un projet de soins palliatifs dans les ESMS.
  - ✓ Loi ASV, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Elle continue de défendre les droits des personnes âgées, de prôner la bientraitance, elle affirme la transparence des prix pratiqués par les EHPAD...

- ✓ Le dernier plan « maladies neuro-dégénératives 2014-2019 »

Les maladies neuro-dégénératives constituent un défi pour notre système de santé et la politique de recherche, en France comme à l'international. Le plan 2014-2019 concerne l'ensemble des malades atteints d'Alzheimer, de Parkinson, de sclérose en plaques et est élargi à l'ensemble des maladies neuro-dégénératives.

L'établissement s'inscrit en outre dans les orientations politiques régionales et départementales contenues principalement dans :

- ✓ Le Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et personnes en situation de handicap 2015-2019.
- ✓ Le Plan Régional de Santé 2012-2016.
- ✓ Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) 2012-2016.

Nous nous appuyons par ailleurs sur l'ensemble des recommandations de bonnes pratiques publiées par les agences compétentes (ANESM, HAS).

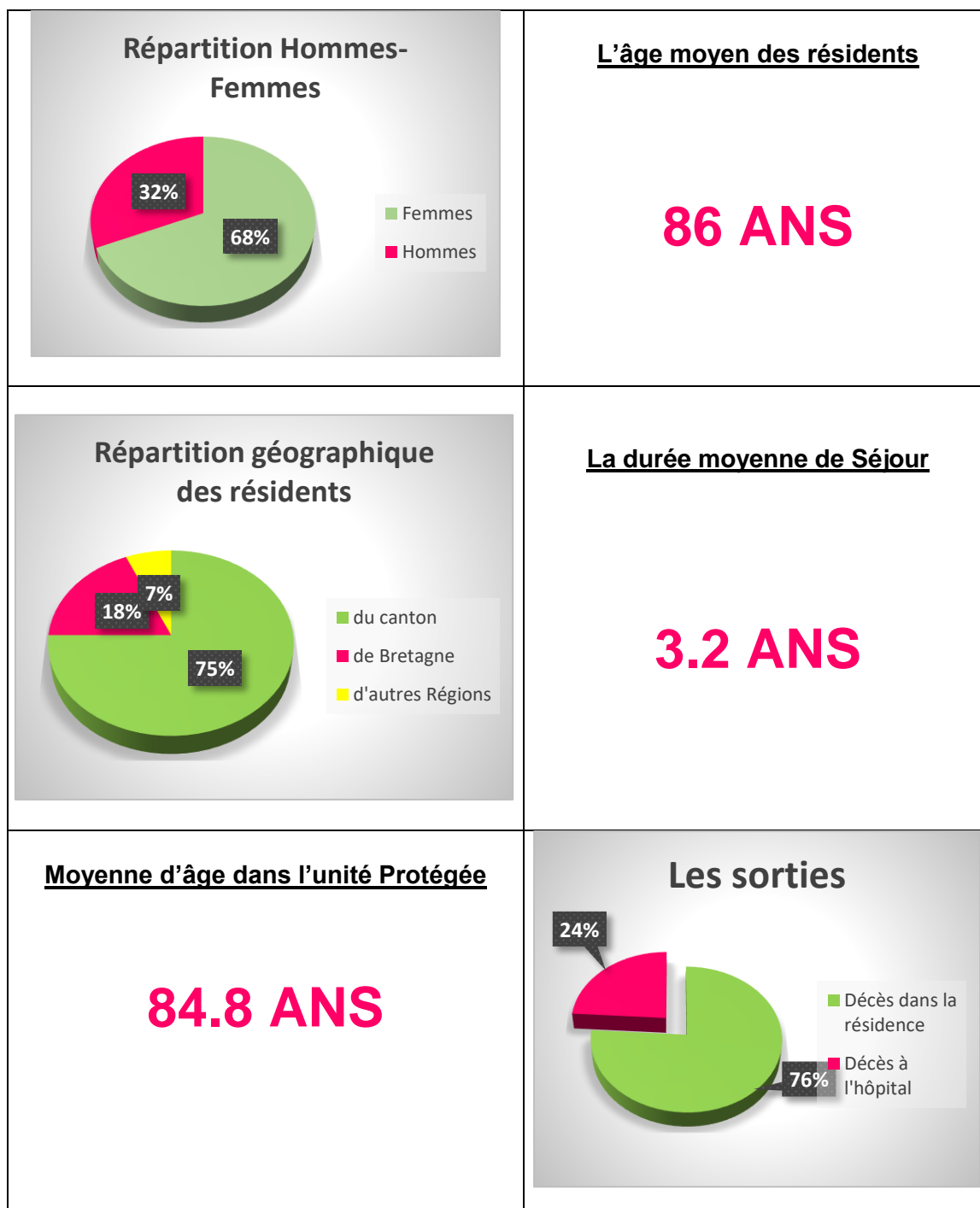
Les notions de dignité, de consentement ont été inscrites dans les textes, notamment dans la Charte des droits et libertés des personnes âgées. La mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale, instance représentative des résidents et familles permet aussi de partager ces valeurs et de faire évoluer le Projet d'établissement.

## 6. Les arrêtés d'autorisation des conventions

Le dernier arrêté autorisant l'EHPAD à fonctionner est en date du 28/04/2008.

Les missions et engagements en matière de qualité des prestations délivrées ont également été conclus par le biais de la signature d'une nouvelle convention tripartite qui a pris effet au 1er décembre 2015 (2015-2019). Véritable contrat d'objectifs et de moyens, le document décrit les engagements mutuels entre l'établissement, le conseil départemental et l'ARS ainsi que les moyens pour atteindre ces objectifs.

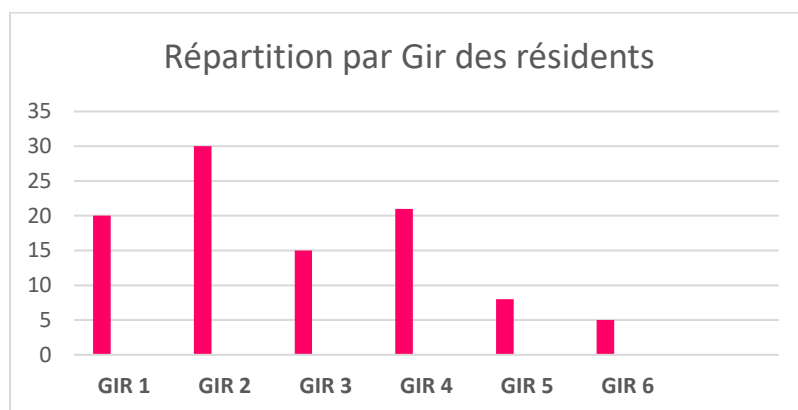
## 7. La caractérisation de la population accueillie



Nous accueillons 92 résidents dont l'hébergement s'organise de la façon suivante :

- 43 résidents dépendants et autonomes vivent en rez-de-chaussée (dont les résidents autonomes pour l'EHPA).
- 33 résidents dépendants vivent au premier étage
- 1 résident est accueilli en hébergement temporaire pour des séjours allant de 15 jours à 3 mois.
- 15 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée sont hébergés dans une unité protégée.

### **Notre répartition par Gir<sup>2</sup> :**



Notre GMP moyen est de 710, la moyenne du département est de 679.

**50% de la population est en grande dépendance** (Gir 1 et 2) et nécessite un accompagnement poussé dans tous les actes et gestes de la vie quotidienne : l'aide à la toilette, à l'élimination, aux repas, aux transferts.

**13% des personnes accompagnées sont relativement autonomes** (Gir 5 et 6).

**42%** des résidents présentent des troubles cognitifs.

Le dernier GMP (indicateur évaluant le niveau de dépendance moyen) validé est de 714 (le 16/09/2015), le PMP (indicateur reflétant l'état de santé des personnes) est de 234.

Nous accompagnons 63 femmes et 29 Hommes, dont deux couples.

Les motifs principaux d'entrée sont un maintien à domicile devenu trop complexe, des entrées suites à des hospitalisations répétées, des rapprochements familiaux, l'isolement et la solitude de la personne.

**75%** des personnes accueillies sont originaires de la commune de Sens de Bretagne et des communes avoisinantes. Conformément à la politique du Conseil d'Administration nous favorisons le plus possible lors des commissions d'admission le critère géographique de proximité.

## **8. L'ouverture de la résidence sur son environnement**

<sup>2</sup> Situation arrêtée en Aout 2016

L'ouverture d'un établissement à et sur son environnement recouvre plusieurs niveaux, **l'ouverture sur le territoire**, mais aussi **l'ouverture sur l'environnement familial et social** des personnes accueillies.

L'ouverture sur l'extérieur est une stratégie à valoriser car le va-et-vient entre « vie du dehors » et « vie du dedans » est un moyen pour les personnes accueillies de rester en contact avec la vie extérieure et de renforcer leurs liens avec la famille et les amis. C'est aussi l'occasion de mieux faire connaître et reconnaître ce qui se passe dans notre établissement, en cela cette stratégie participe à notre communication externe. Elle permet de générer un apport d'oxygène bienvenu pour les résidents et pour les professionnels et permet de ne pas rester en vase clos. Par ailleurs, le développement de projets partenariaux est un moyen d'améliorer nos prestations en allant chercher à l'externe ce que nous n'avons pas à l'interne, mais c'est aussi la possibilité de réaliser des mutualisations avec d'autres établissements.

Si l'ouverture sur l'extérieur est bénéfique, cette stratégie doit être conduite en prenant certaines précautions. Au regard du public fragile que nous accueillons nous devons veiller à ne pas créer de stress ou de l'instabilité en nos murs en développant des partenariats qui ne seraient pas tenus dans le temps et engendrant de la déception auprès des personnes âgées, ou en omettant la valeur ajoutée pour les résidents. Il ne s'agit ni de développer le partenariat à tout va ni de se faire plaisir. Il faut toujours cibler et expliciter la finalité de chaque partenariat. Enfin pour qu'ils soient réussis il conviendra de favoriser une réciprocité entre les acteurs, la règle à toujours mémoriser est celle du « gagnant-gagnant ».

<b>Nos atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<p><b>Ouverture de la résidence aux familles et aux proches pour favoriser les liens sociaux :</b></p> <p><u>Les différents moments festifs organisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le marché de Noël : nous ouvrons nos portes aux artisans, aux familles et à tous les habitants des environs</li> <li>• la fête de l'arbre de Noël pour les enfants des salariés</li> <li>• la fête de juin qui accueille notamment familles, membres de la commune, administrateurs, salariés...</li> </ul> <p>Tous ces moments créent des liens forts entre les résidents, les familles et les équipes. Il est à noter que la résidence bénéficie déjà d'un flux de visiteurs important et ce toute l'année, du fait certainement de notre position géographique rurale.</p> <p><u>La bibliothèque de Sens</u> vient en nos murs</p>	<p><b>Maintenir le lien résidents-familles</b></p> <p><b>Développer le bénévolat (cf. projet d'animation de la vie sociale)</b></p>

Nos atouts	Les objectifs que nous nous fixons
<p>régulièrement.</p> <p><u>L'accueil de bénévoles</u> lors de nos temps forts festifs.</p> <p>La venue de l'association informatique dans nos murs.</p> <p><u>Notre convivialité</u> : les familles peuvent venir manger au restaurant quand elles le souhaitent. Nous avons des salles à disposition des familles pour permettre des temps de réunion, nos horaires sont peu contraignantes pour les visiteurs.</p> <p><b>Ouverture de la résidence sur son territoire</b></p> <p>Nous avons signé <u>des conventions avec différents partenaires du territoire</u>, ce pour améliorer nos pratiques, nos connaissances, permettre la continuité des soins et améliorer la qualité de notre accompagnement au près des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convention plan bleu avec l'Hôpital local de Combourg</li> <li>• Convention Clan-Clin-Clud avec l'Hôpital local de Combourg</li> <li>• Convention avec l'HAD, l'équipe des soins palliatifs</li> <li>• Nous avons signé des contrats avec 3 médecins traitants à ce jour et avec la pharmacienne de Saint-Aubin.</li> </ul> <p>L'établissement fait partie du CLIC du secteur. La direction fait partie d'une association de directeurs : CEPA 35.</p>	<p><b>Pérenniser ces partenariats et Initier des partenariats utiles et source de bien-être pour les personnes âgées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec des dentistes pour intervention en nos murs</li> <li>• Organiser des rencontres avec les familles de l'unité protégée : médecin-psychologue pour venir en soutien à l'entourage.</li> </ul>

## 4. NOTRE PROJET D'ACCOMPAGNEMENT

### 1. La garantie des droits individuels et collectifs

#### Les enjeux

La loi du 2 janvier 2002 vise à affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leurs proches en définissant les droits et libertés individuels et collectifs des usagers du secteur social et médico-social. Cette loi réaffirme fortement la place de l'utilisateur, au centre du dispositif.

Elle rappelle et précise la définition **des droits fondamentaux** : *le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité* de l'utilisateur dans les établissements. Elle réaffirme le besoin de mettre en place **une prise en charge individualisée et de qualité**, respectant la recherche du **consentement éclairé**.

L'ANESM, au travers de ses recommandations, propose des repères, des orientations et des pistes d'action pour promouvoir l'ensemble des pratiques professionnelles destinées à améliorer la vie quotidienne des résidents et faciliter l'accès à leurs droits, nous nous en inspirons.

<b>Nos atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<p><b>Les outils de la loi 2002-2</b> sont opérationnels : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, Charte de la personne accueillie... Ils sont expliqués lors de l'entrée dans la résidence au moment de la signature du contrat de séjour.</p> <p>Chaque résident est invité à <b>signer lui-même</b> son contrat de séjour.</p> <p>Nous sommes sur une dynamique de rédaction systématique du <b>projet personnalisé</b>.</p> <p><b>Le Conseil de la Vie Sociale</b> est en place et 4 réunions se tiennent à l'année. L'animatrice prépare en amont des rencontres avec un groupe de résidents pour accueillir leurs questions et leurs remarques.</p> <p><b>L'ensemble des équipes a été formé à la bientraitance</b> en 2016 elle a donc été encore plus sensibilisée au respect de la dignité, du choix de la personne et de sa singularité.</p>	<p><b>Mettre en place des commissions structurées pour que les résidents puissent faire remonter leurs souhaits et/ou mécontentements :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une commission menu</li> <li>• Une commission animation</li> <li>• Remettre en place une enquête satisfaction</li> </ul> <p><b>Pérenniser notre démarche et faire vivre le projet personnalisé au quotidien.</b></p> <p><b>Améliorer la participation des familles au CVS.</b></p> <p><b>L'EHPAD va rédiger sa propre charte de la bientraitance en groupe avec la psychologue ainsi nous pourrons faire vivre notre politique Bientraitance.</b></p>

## **2. La promotion de la qualité de vie**

### **Cadre de vie et hébergement**

L'EHPAD constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident. L'objectif de la résidence est d'assurer une continuité du domicile vers l'établissement en offrant aux résidents des services et des aides nécessaires pour suppléer la perte d'autonomie.

Nous avons une lingerie interne, une équipe expérimentée y travaille quotidiennement. Le résident nous confie la gestion et l'entretien de ses vêtements personnels, il s'agit donc d'entretenir cette relation de confiance. Un service maintenance permet, en plus d'assurer la maintenance des bâtiments, d'effectuer des petits travaux dans les chambres et studios des résidents, de rénover toutes les chambres au fil des années. L'équipe entretien des locaux permet de préserver la propreté et l'hygiène dans toute la résidence.



<b>Nos atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<p>Des locaux lumineux, modernes, et sécurisés permettant l'accueil de personnes valides et dépendantes.</p> <p>De nombreux espaces de détente dans le bâtiment pour accueillir les résidents ou l'entourage</p> <p>Existence d'une chambre des familles. Deux salles de bain avec balnéothérapie Des chambres spacieuses ainsi que des studios. Encouragement à la personnalisation de chacune des chambres.</p> <p>Un grand parc arboré permettant aux résidents de se promener en toute sécurité, (des bancs et allées permettent de sécuriser le domaine). Un accès au bourg par des chemins piétons et accès aux différents commerces de proximité. Des parkings accessibles à proximité immédiate de la Résidence pour les visiteurs</p>	<p><b>Sécuriser le bâtiment</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Installer des portes et digicodes à l'entrée principale</li> </ul> <p><b>Développer la liberté des résidents de l'unité arc-en-ciel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Installer un espace de déambulation à l'extérieur de l'unité Arc en ciel</li> </ul> <p><b>Travailler le confort des résidents dans les pièces communes de l'EHPAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repenser les espaces de vie collectifs afin qu'ils soient plus conviviaux et adaptés : la cafétéria, le salon jaune, l'espace cinéma du 1er étage.</li> <li>• Aménager la salle de restauration à l'étage et créer un espace détente dans cette même pièce</li> <li>• Moderniser le salon de coiffure</li> </ul>

### 3. la restauration et notre projet alimentaire

**Notre philosophie : une alimentation source de plaisir pour les résidents fondée sur une cuisine « faite-maison et traditionnelle »**

Une équipe composée d'un chef cuisinier, un second et 4 aides de cuisine concoctent tous les jours sur place les repas des résidents. Ils préparent également une dizaine de repas pour la commune. Nous prenons soin de varier les menus toutes les 6 semaines. Nous suivons la méthode HACCP pour une bonne sécurité sanitaire et nous élaborons les protocoles utiles.

Le petit déjeuner se prend en chambre entre 7H30 et 9H30 ce qui permet aux résidents de commencer la journée tranquillement, le déjeuner est servi de 12H à 13H15, le dîner de 18H00 à 19H (2 services sont proposés). Un service de plateau-repas est proposé systématiquement aux personnes devant rester en chambre du fait de leur santé.

Nous disposons de 2 salles de restauration, la principale se situe au rez-de-chaussée et la seconde à l'étage est utilisée le soir uniquement pour les résidents les plus dépendants.

L'équipe soignante présente en salle de restauration aide les résidents ayant des difficultés à manger.

#### **Le lien entre le projet alimentaire et la maladie d'Alzheimer : notre vigilance**

Les troubles alimentaires et les problèmes de déglutition engendrent un amaigrissement conséquent. Un malade sur deux a des troubles du comportement alimentaire. 3 à 4 malades sur 10 perdent du poids avant même l'apparition des premiers symptômes. La maladie crée un état de faiblesse immunitaires et des complications infectieuses. Il est donc

vitale pour nos résidents ayant des troubles cognitifs de proposer une alimentation adaptée à l'évolution de la maladie.

<b>Nos Atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<p><b>Nos petits plus :</b> pour le petit-déjeuner le croissant du dimanche et le petit pain frais les jours fériés. L'apéritif et la pâtisserie du dimanche, le plus souvent du « fait maison ».</p> <p><b>Le travail de présentation autour des verrines :</b> pour les résidents ayant besoin de manger des textures moulinées, l'équipe propose quotidiennement des entrées retravaillées pour limiter les risques de fausses routes, elles sont dressées dans des verrines et une attention est portée sur les couleurs.</p> <p><b>La gestion des canicules et des chaleurs :</b></p> <p>Les équipes font régulièrement des tours pour proposer des boissons ainsi que des glaces aux résidents en chambre et dans les salles collectives.</p> <p><b>Une collation de nuit sur demande :</b></p> <p>Les équipes de nuit ont la possibilité de donner une collation aux résidents ayant faim la nuit ainsi la longueur du jeûne pour certains est diminuée.</p> <p><b>Les repas avec la famille :</b> un emplacement un peu en retrait, pour une meilleure intimité, est prévu dans la salle de restauration. Ainsi les familles peuvent venir manger avec leurs parents régulièrement.</p> <p><b>Les goûters festifs</b> du vendredi après-midi</p>	<p><b>Adapter l'alimentation à la grande dépendance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Améliorer la <b>variété, la saveur des textures moulinées et lissées.</b></li><li>✓ Proposer le soir <b>des verrines desserts</b> basées sur des <b>fruits frais mixés</b> pour remplacer les compotes. Ceci permettrait de veiller à l'apport nécessaire en fibres, vitamines et minéraux.</li><li>✓ Substituer les crèmes hyper protéinées par <b>des recettes hyper protéinées faites maison</b>, pour susciter l'envie de manger grâce à des saveurs variées et moins industrialisées.</li><li>✓ Proposer des aliments (fromage fondant, crème fraîche...) permettant <b>d'enrichir certains mets</b> en salle de restauration et à la disposition des équipes en salle. Ainsi nous pourrions mieux répondre à la dénutrition de certains résidents ayant des difficultés pour manger.</li><li>✓ Décliner <b>les plats en manger-main</b> (pour répondre aux besoins des résidents atteints de démence présentant des troubles de l'apraxie ou déambulant, des résidents en refus d'alimentation.)</li></ul> <p><b>Assurer un meilleur équilibre alimentaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Proposer des légumes en plus des féculents.</li><li>✓ Proposer plus de laitage pour limiter les consommations médicamenteuses de calcium, source de troubles du transit</li></ul> <p><b>Recréer un moment serein pour les temps des repas :</b></p> <p><b>Pour le déjeuner :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Repenser et réorganiser le temps d'attente avant le repas dans les couloirs et espace cafétéria (file de fauteuils, gêne entre résidents, problème porte coupe-feu...)</li></ul> <p><b>Pour le goûter :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se saisir de ce moment pour que les équipes passent voir tous les résidents (chambres et salles) et échangent.</li></ul>

Nos Atouts	Les objectifs que nous nous fixons
<p><b>Les repas à thèmes</b></p> <p>Les repas thérapeutiques en petit comité</p>	<p><b>Pour le dîner à l'étage :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Poursuivre l'aménagement de la salle pour pouvoir accueillir un petit groupe de résidents très dépendants. Cela permettra à ces personnes qui sont plus fatiguées en début de soirée de passer un moment dans un petit collectif au calme. L'équipe serait plus à même d'aider les résidents à manger et à boire.</li> <li>✓ Poursuivre l'organisation et le rôle des équipes de cuisine et soignantes</li> <li>✓ Lister le matériel nécessaire</li> </ul> <p><b>Evaluer la prestation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mettre en place une <u>Commission Menu</u> trimestrielle pour intégrer les envies des résidents, pour se remettre en question en permanence et ce dans une démarche d'amélioration continue.</li> </ul> <p><b>Modifier l'affichage des menus</b></p> <p>Actuellement il est trop petit pour la vue de nos résidents. Préciser les menus verrines et textures modifiées lorsqu'ils diffèrent du menu du jour.</p> <p><b>Initier une politique de nutrition au sein de l'établissement pour limiter les risques de dénutrition :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Création d'un CLAN (<i>Comité de Liaison Alimentation Nutrition</i>)</li> </ul>

#### 4. L'individualisation de l'accompagnement : du premier accueil au projet personnalisé

##### La pré-admission

« L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est le plus souvent un choix contraint par l'impossibilité, subite ou progressive, de rester à son domicile. Le temps disponible pour s'y préparer est un élément clé de la qualité de vie ultérieure de la personne dans l'établissement. Ce moment doit donc être anticipé, adapté et organisé. <sup>3</sup>»

<sup>3</sup> ANESM, Synthèse, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, Qualité de vie en EHPAD, volet1, p.1.

<i>Nos Atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<p><b>La commission d'admission mensuelle :</b> une réunion avec la direction, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice et la psychologue, étudie tous les dossiers écrits en attente et prononce les admissions à venir. Un regard croisé sur les dossiers permet une première approche de la personne accueillie. Cette commission permet de s'assurer de la faisabilité de l'accompagnement au plan du soin et de la dépendance.</p> <p><b>La visite de pré-accueil</b> de l'un des membres de l'équipe pluridisciplinaire au domicile ou dans le lieu de vie de la personne avant son entrée : c'est le moment où l'on fait plus ample connaissance et où l'on remplit le recueil de vie sociale, les habitudes de vie, les attentes et les souhaits.</p> <p>L'accueil des personnes et des familles pour <b>visiter la structure</b> et donner des informations aussi souvent que le planning le permet.</p> <p><b>La disponibilité de l'équipe accueil</b> pour donner des informations, guider et remettre le dossier unique d'inscription.</p>	<p><b>Gérer la liste d'attente :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Séparer les demandes urgentes et les demandes de précaution ainsi que les demandes pour de l'hébergement temporaire : travailler en permanence des listes.</li> <li>• Systématiser et anticiper les visites de pré-accueil en travaillant une liste d'attente en amont.</li> </ul> <p><b>Formaliser la procédure d'admission :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finaliser les protocoles admission, pré-admission, accueil administratif.</li> </ul> <p><b>Communiquer plus, se rendre plus visible :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler <u>une plaquette</u> de la résidence pour communiquer et donner des informations aux familles, aux médecins traitants, aux CIIC...</li> <li>• Réaliser le <u>site internet</u> de la résidence.</li> </ul>

### L'admission, notre culture de l'accueil

L'accueil en établissement est un moment difficile car il s'agit d'une rupture avec la vie d'avant, cela évoque l'entrée dans un lieu de vie qui sera probablement le dernier. L'établissement doit donc veiller à limiter l'angoisse que suscite ce moment par un accueil adapté, individualisé et de qualité, plus poussé les premières semaines.

<i>Nos Atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<p><b>Préparation de la chambre avant l'entrée:</b> Remise en peinture-petites réparations par l'agent de maintenance. Désinfection-ménage Préparation de la signalétique de la porte</p>	<p><b>Organiser l'information auprès des résidents lors d'une nouvelle admission</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler l'annonce d'arrivée d'un nouveau résident aux autres résidents</li> </ul>

Nos Atouts	Les objectifs que nous nous fixons
<p>d'entrée de la chambre.</p> <p><b>La possibilité de personnaliser la chambre :</b> La famille peut venir la personnaliser et installer du mobilier et des effets personnels avec l'aide des agents de maintenance avant l'entrée.</p> <p><b>La petite attention déposée dans la chambre le jour de l'arrivée du résident :</b> des fleurs du parc, le livret d'accueil déposé sur la table de nuit et le journal de la résidence.</p> <p>La <b>visite de l'équipe animation</b> dans la semaine suivant l'arrivée du résident, pour présenter les activités et loisirs, prendre note des goûts et envies de la personne.</p> <p><b>La visite de la psychologue :</b> Dans la semaine de l'arrivée : Rencontre / entretien 1<sup>er</sup> contact pour accueil du résident et présentation rôle psychologue. Evaluation brève des capacités de compréhension et communication de la personne / contexte d'arrivée et ressenti y afférent. Dans le mois de l'arrivée : entretien psychologique évaluant les demandes et besoins en terme d'accompagnement psychologique. Présentation aux familles du rôle de psychologue dans le livret d'accueil et possibilité de rencontre. La rencontre avec le médecin coordonnateur dans les 2 mois de l'arrivée pour effectuer une évaluation gériatologique standardisée. La réalisation d'une toilette évaluative la première semaine.</p>	<p><b>Poursuivre la réflexion sur les petites attentions à apporter aux nouveaux résidents</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédiger une carte de bienvenue des salariés pour chaque nouveau résident</li> <li>• Fournir la liste des membres du CVS et expliciter son fonctionnement</li> </ul>

Nos Atouts	Les objectifs que nous nous fixons
<p>L'entretien avec l'assistante accueil pour aider à compléter le dossier administratif, préparer la facturation.</p> <p><b>La signature du contrat de séjour dans les 15 jours avec la direction</b> : un temps d'échange avec le résident, un temps d'information sur le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement. La recherche du consentement éclairé de la personne est une valeur que nous défendons ici à la résidence, la remise de la charte des droits et libertés de la personne accueillie sont des actes forts également.</p>	

### Le projet d'accompagnement personnalisé

La loi n° 2002-2 a souhaité mettre au cœur du dispositif médico-social le résident. L'un des outils nous permettant d'adapter l'accompagnement en EHPAD à la singularité de chaque résident est le projet d'accompagnement personnalisé. Il se base sur les valeurs, les souhaits, désirs, envies et capacités de chacun pour une prise en soin personnalisée et adaptée.

La philosophie de co-construction est fondamentale dans le processus, chaque projet personnalisé doit être conçu avec la participation du résident, de l'entourage ou de la personne de confiance le cas échéant. En respectant ce principe, nous réaffirmons un droit fort du résident celui de sa participation directe dans la démarche de personnalisation de son accompagnement rappelée par l'article L. 311-3 du CASF de la loi 2002-2, « *la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne* ».

La gestion du refus de participation du résident peut parfois mettre en échec les salariés il est donc important de rappeler à toute l'équipe que le projet personnalisé est un droit de l'usager et non une obligation. Le refus de participation du résident sera respecté et consigné par écrit dans son dossier. Toutefois, ce refus ne doit pas empêcher de prodiguer un accompagnement individualisé et de qualité.

Les principaux objectifs du projet d'accompagnement personnalisé (PAP) du résident :

- Il facilite l'intégration du résident et nous savons à quel point les premières semaines sont difficiles voir critiques pour les personnes âgées
- Il peut redonner du sens à l'accompagnement par l'instauration de microprojets valorisants et redonner du goût au quotidien

- C'est une « arme » pour maintenir son identité dans un collectif et continuer d'exister dans sa singularité
- Il prend en compte la prévention de l'autonomie et la sécurité du résident.
- Il permet d'assurer le soin médical et paramédical.
- Préserver et favoriser le lien social

<b>Nos Atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<p>L'existence d'un protocole PAP et d'un protocole « rôle du référent ».</p> <p>Rôle du Référent, interlocuteur privilégié attribué à chaque résident.</p> <p>Le recueil de « données vie sociale », il permet de mieux connaître le résident dans son individualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lors de la visite de pré admission, l'IDEC recueille auprès du futur résident et/ou sa famille les événements de vie marquants, habitudes de vie, goûts en terme alimentaire et activités, etc.</li> <li>• En cas d'impossibilité, le référent présente et remplit ce recueil de vie sociale auprès du résident (et/ou famille) au cours du séjour.</li> </ul> <p>En vue de la réalisation du PAP, le référent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplit la fiche de synthèse (vie sociale, qualité de vie, cognition, troubles du comportement, nutrition / hydratation, douleur, autonomie physique, troubles sensoriels, soins)</li> <li>• Recueille les souhaits, besoins et attente auprès du résident.</li> </ul> <p>Le PAP est réalisé en équipe pluridisciplinaire.</p>	<p><b>Organiser la diffusion et la communication du PAP finalisé, à l'ensemble des équipes.</b></p> <p><b>Organiser la mise en œuvre du PAP dans la pratique quotidienne des équipes auprès du résident.</b></p> <p><b>Développer les propositions d'activités individuelles.</b></p> <p><b>Dégager un temps dédié au rôle de référent : Prévoir un temps d'accompagnement individuel pour chaque résident.</b></p> <p><b>Réévaluer le PAP à chaque évolution de l'état de santé de la personne, et annuellement.</b></p>

## 5. La bientraitance

### Les enjeux

Définition de la bientraitance selon l'ANESM : « La bientraitance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins ».

Définition de la bientraitance selon la HAS : « La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'utilisateur et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'utilisateur, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance. Cette démarche globale met en exergue le rôle et les interactions entre différents acteurs que sont le professionnel, l'institution, l'entourage et le patient, l'utilisateur. Elle nécessite un questionnement tant individuel que collectif de la part des acteurs. »

Les fondamentaux de la bientraitance :

- Une culture du respect de la personne de son histoire, de sa dignité, et de sa singularité.
- Une manière d'être des professionnels au-delà d'une série d'actes : l'attitude, la posture, le regard.
- Une valorisation de l'expression des usagers
- Un aller-retour permanent entre penser et agir
- Une démarche continue d'adaptation à une situation donnée

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<p>Afin de donner du sens à la prise en soins, les équipes qui interviennent auprès du résident s'adaptent au maximum à la personne et leur offrent un accompagnement le plus personnalisé possible :</p> <p>Cette individualisation passe par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ une connaissance de la personne grâce au recueil des habitudes de vie, des souhaits et des attentes du résident avant l'arrivée à la résidence</li> <li>✓ une transmission au quotidien des informations entre collègues</li> <li>✓ l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé</li> <li>✓ une constante recherche de réponses aux besoins et attentes identifiés</li> <li>✓ la prise en compte de l'individu malgré des contraintes collectives</li> <li>✓ Une attention particulière au « non-dit » car 93 % de la communication passe par le non verbal, par l'attitude.</li> </ul> <p><b>Les familles</b> sont des partenaires dans la prise en soins et l'accompagnement des résidents</p> <p>Face aux difficultés dans la prise en soins, un <b>travail en équipe et en binôme</b> se met en place de façon à proposer une prise en soins adaptée.</p>	<p><b>Assurer la continuité de la formation bientraitance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédiger en groupe pluridisciplinaire notre propre charte de bientraitance.</li> <li>• Rédiger un protocole de prévention et de signalement de la maltraitance</li> </ul> <p><b>Favoriser la connaissance par toute l'équipe des habitudes de vie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer sur les supports informatiques</li> <li>• Remettre les habitudes de vie dans le classeur PAP.</li> </ul> <p><b>Instaurer une culture de l'analyse de la pratique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systématiser et déclencher des réunions pour pouvoir évoquer des accompagnements plus difficiles ou mettant l'équipe en échec.</li> </ul> <p><b>Clarifier et affirmer le rôle du référent</b></p> <p><b>Création d'un comité d'éthique</b></p>



Nos atouts	Les objectifs que nous nous fixons
<p>Désignation pour chaque résident <b>d'un référent</b> professionnel qui devient alors un interlocuteur privilégié.</p> <p>Flexibilité dans l'organisation du travail soignant afin de tenir compte des difficultés entre un professionnel et un résident (<i>savoir passer le relai</i>)</p> <p>L'accompagnement est réalisé en <b>valorisant la personne</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Respect de l'intimité de la dignité</li> <li>✓ Respecter de l'autonomie : valoriser les capacités restantes</li> </ul> <p>L'ensemble du personnel a bénéficié d'une <b>formation bientraitance</b> en 2016</p>	

## 6. L'accompagnement de la fin de vie

La fin de vie est devenue, au fil des années, un enjeu de plus en plus important pour les EHPAD : 90 000 personnes âgées y décèdent chaque année.

Or, dans la grande majorité des situations, la fin de vie de ces résidents du fait de leurs pathologies et de leur perte d'autonomie nécessite un accompagnement spécifique.

L'enjeu majeur est donc d'accompagner les résidents dans leur fin de vie et de leur apporter la qualité de vie, jusqu'au bout de la vie.

Aux Vergers, 76% des résidents décèdent dans l'établissement. Toute l'équipe se bat pour que la fin de vie se passe à domicile c'est-à-dire au sein de l'EHPAD et non à l'hôpital. C'est l'engagement que nous prenons : un accompagnement digne jusqu'au bout.

La prise en charge médicale de la fin de vie en France est encadrée par :

- **la loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner ; Cette loi prévoit le droit des malades de décider eux-mêmes de la poursuite ou de l'arrêt des traitements.
- **La loi du 22 avril 2005** relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Léonetti. Elle interdit l'acharnement thérapeutique et autorise les médecins, dans certaines conditions, à limiter ou arrêter les traitements
- **LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.** Ce texte législatif succède à la loi de 2005 dite loi Leonetti. Le socle est le même : le refus de l'acharnement thérapeutique. Ce nouveau texte continue, en effet, d'interdire la poursuite de traitements qui sont jugés inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre but que le maintien artificiel de la vie. Mais pour cela, les patients bénéficient désormais de nouveaux droits.

**Elle prévoit :**

- Les droits des malades en fin de vie et devoirs des médecins à l'égard des patients en fin de vie (réécriture de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique).
- Droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, à la demande du patient.
- Renforcement du droit pour un patient dûment informé par le professionnel de santé de refuser tout traitement.
- Les devoirs du médecin au regard des directives anticipées (respect des directives anticipées avec droit de réserve).
- Précision du statut de la personne de confiance.

<b>Nos atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<p><b>Prise en soin</b> de la fin de vie (soulagement de la douleur, soins de confort, évaluation régulière des souhaits et des besoins...)</p> <p><b>Accompagnement des résidents en fin de vie par la psychologue.</b></p> <p><b>Proposition d'accompagnement par la psychologue</b> aux familles (lors de la fin de vie et après le décès)</p> <p>Mise à disposition d'une <b>chambre des familles</b> afin qu'elles restent auprès de leur parent. La famille peut rester aussi dormir auprès de son proche (fauteuil confort).</p> <p><b>Réelle collaboration et communication</b> mise en place par le médecin traitant, le médecin coordonnateur, les équipes auprès des familles autour de l'accompagnement.</p> <p><b>Annnonce du décès</b> aux autres résidents : à l'entrée de la salle de restaurant une petite table avec bougie rend un dernier hommage aux défunts, les décès sont annoncés dans le journal de la résidence, une annonce individuelle aux résidents proches est faite.</p> <p><b>Partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatif.</b></p>	<p><b>Formaliser et organiser la procédure d'accompagnement en fin de vie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédiger une procédure de fin de vie</li> <li>- Systématiser le recueil de données relatif à la fin de vie (<b>les dernières volontés</b>, le choix de <b>la personne de confiance</b>, document relatif aux <b>directives anticipées</b>).</li> <li>- Formaliser, tracer et mettre à disposition les informations administratives nécessaires à la prise en charge de la fin de vie (dernières volonté, personnes à prévenir...)</li> <li>- Mettre en place d'une réunion pluridisciplinaire exceptionnelle pour un résident en fin de vie.</li> </ul> <p><b>Former et accompagner le personnel à l'accompagnement de fin de vie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer au plan de formation une thématique sur l'accompagnement en fin de vie (réaction envers les résidents et les familles) et aux soins palliatifs</li> <li>- Proposer un <b>accompagnement du personnel lors de fin de vie et après décès</b></li> <li>- Organiser des analyses de pratiques professionnelles et des retours sur expérience</li> </ul> <p><b>Améliorer l'accompagnement des familles.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer systématiquement une rencontre avec le médecin traitant et/ou médecin coordonnateur et/ou la</li> </ul>

Nos atouts	Les objectifs que nous nous fixons
<p>Partenariat <b>avec l'HAD (Hospitalisation à Domicile)</b></p> <p><b>La chambre funéraire</b> attenante à l'établissement est à la disposition des familles qui le souhaite.</p>	<p>psychologue</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Petite attention de la part de la résidence et des salariés pour chaque décès : comment rendre un dernier hommage (fleurs, carte de condoléances).</li> </ul>

## 5. NOTRE PROJET D'ANIMATION DE LA VIE SOCIALE

Selon l'étymologie du mot, « animer » c'est donner de la vie, encourager, rendre plus vif.

Selon Bernard Hervy<sup>4</sup> « *animer, c'est accompagner la vie, c'est créer une relation dans un espace identifié, à un moment particulier ; une relation suffisamment chaleureuse pour qu'elle continue à nourrir au jour le jour le désir de vivre, de faire, de rester en lien avec soi et les autres. C'est proposer un temps de rencontre, (...) un temps de plaisir, de partage, qui aide à lutter contre le sentiment d'isolement et de solitude souvent exprimés par les personnes âgées* ».

L'animation de la vie sociale est une source de bien-être pour les personnes accueillies parce qu'elle insuffle la vie et lui donne du sens, parce qu'elle crée des relations sociales entre les personnes. Elle contribue au développement personnel en redonnant une utilité et un rôle social à la personne. L'animation doit reposer sur le respect de l'individu de ses désirs et de ses choix. La prise en charge de chaque personne se fonde sur le projet d'accompagnement personnalisé dont l'animation fait partie intégrante, c'est avec l'implication de tous que nous pourrions développer un projet qualitatif et au service du bien-être des personnes accompagnées.

### 1. La philosophie du projet d'animation et les objectifs généraux

Un accompagnement mettant au cœur de ses priorités la personne en prenant soin de toutes ses attentes est le reflet d'un projet de vie équilibré et source de mieux-être.

C'est en développant le volet de la vie sociale que nous nous inscrirons dans cette démarche car nous enrichirons alors notre réponse auprès des personnes accueillies. Il est donc indispensable de développer et de construire un projet d'animation de la vie sociale fort.

Par ailleurs, l'un de nos objectifs à la Résidence Les Vergers est d'offrir aux résidents un lieu de vie dans la continuité du domicile. L'animation a un rôle fondamental en ce sens.

Plusieurs objectifs généraux sont poursuivis par l'animation :

- Instaurer une dynamique d'équipe et une dynamique institutionnelle pour que tous contribuent à faire de l'établissement un lieu de vie
- Donner de la vie dans l'établissement
- Répondre aux besoins, attentes et désirs des résidents

<sup>4</sup> **Bernard Hervy** est animateur-coordonnateur, formateur et consultant sur des projets d'animation avec les personnes âgées. Par ses travaux au ministère des Personnes âgées, il est à l'origine des formations et des qualifications "animation sociale". Il préside le GAG (Groupement national des animateurs en gérontologie).

- Lutter contre l'isolement social et affectif
- Favoriser l'autonomie, la curiosité et maintenir une activité motrice et intellectuelle, renforcer le sentiment d'utilité.

Les grandes orientations du projet d'animation de la vie sociale dans la résidence sont :

- Favoriser le maintien de la vie sociale des personnes accueillies : les liens avec la famille et les proches, avec les résidents, avec le monde extérieur.
- Développer le sentiment d'utilité et le rôle social des personnes
- Mettre en avant le plaisir à travers la participation à des activités choisies, qui ont du sens pour les résidents sans injonction du « faire », le droit à l'oisiveté est un choix.

## 2. Les prérequis et les besoins

Afin de contribuer à la réalisation de ces objectifs, plusieurs prérequis doivent être mis en œuvre :

<u>Connaitre les résidents</u>	
Afin de pouvoir proposer des animations adaptées aux résidents, qui correspondent tant à leur capacité qu'à leur centres d'intérêt	
<i>Nos Atouts</i>	<i>Nos Objectifs que nous nous fixons</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>recueil de données</b> (<i>histoire de vie, habitudes, goûts, ce qu'ils aimaient et ce qu'ils souhaitent faire → lors de la visite de préadmission et/ou par le référent : rempli sur titan.</i>)</li> <li>- les 2 animatrices rencontrent systématiquement le nouveau résident dans les 15 jours de l'arrivée pour leur présenter l'animation, susciter l'envie et recueillir les demandes et souhaits.</li> <li>- Projet d'accompagnement personnalisé</li> </ul>	<p><b>Connaitre les résidents afin de proposer des animations adaptées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuer à travailler sur le recueil de données avec le résident, tout au long de sa vie dans l'établissement</li> <li>- Remplir les informations sur l'histoire de vie et les besoins et attentes pour les résidents plus anciens, admis avant la mise en place des procédures actuelles</li> <li>- Revoir le rôle du référent afin de faire vivre le projet d'accompagnement personnalisé</li> </ul>

<u>Proposer des animations adaptées afin de ne pas mettre les résidents en échec, et sélectionner le public qui correspondra à l'animation proposée</u>	
<i>Nos Atouts</i>	<i>Nos Objectifs que nous nous fixons</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer les besoins</li> <li>- Adapter le niveau des activités et adapter l'animation à chaque individu.</li> <li>- Créer du lien entre les résidents afin</li> </ul>	<p><b>Proposer des animations adaptées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailler sur des animations d'avantage adaptées aux personnes dépendantes, adapter l'animation à la grande dépendance, pour qu'elle</li> </ul>

Proposer des animations adaptées afin de ne pas mettre les résidents en échec, et sélectionner le public qui correspondra à l'animation proposée

<b>Nos Atouts</b>	<b>Nos Objectifs que nous nous fixons</b>
<p>d'avoir un groupe homogène, et réunir des résidents ayant des affinités.</p>	<p>soit accessible à tous les résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuer à développer les animations individuelles ou de petits groupes (notamment le matin)</li> <li>- Repenser l'implication des résidents, de façon à valoriser leur rôle social</li> </ul>

Moyens humains

Avoir une équipe d'animation, impliquer l'ensemble du personnel, créer une dynamique d'équipe.

<b>Nos Atouts</b>	<b>Nos Objectifs que nous nous fixons</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'existence d'une équipe d'animation (1,5 ETP)</li> <li>- Une implication de toute l'équipe soignante lors des goûter du vendredi</li> </ul>	<p><b>Créer une dynamique d'équipe autour de l'animation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des temps d'échange avec l'équipe pour créer une dynamique autour de l'animation : faire rentrer l'animation et l'accompagnement dans le quotidien des équipes</li> </ul>

Communication et ouverture sur l'extérieur

<b>Nos Atouts</b>	<b>Nos Objectifs que nous nous fixons</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de repères pour les familles et l'entourage : les anniversaires, les vendredis après-midi...</li> <li>- Affichage du planning d'animation sur 2 panneaux prévus à cet effet</li> <li>- Edition du journal mensuel de la résidence</li> <li>- Existence d'un réseau d'animatrices avec les établissements du secteur (Montreuil et Guipel)</li> </ul>	<p><b>Communiquer autour de l'animation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer le nouveau site internet</li> <li>- Organiser l'alimentation du site</li> </ul>

Implication des familles et des bénévoles	
<i>Nos Atouts</i>	<i>Nos Objectifs que nous nous fixons</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication de certaines familles notamment à Arc-en-ciel</li> </ul>	<p><b>Développer un réseau de bénévolat régulier :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recruter des bénévoles pour développer des activités qui ont du sens pour les personnes âgées et qui répondent aux attentes du bénévole.</li> <li>- Rédiger une convention de bénévolat et une charte du bénévolat</li> </ul>

Moyen matériel et financier	
<i>Nos Atouts</i>	<i>Nos Objectifs que nous nous fixons</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Matériel adapté</li> </ul>	<p><b>Obtenir les moyens suffisant pour le fonctionnement du service animation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chiffrer un budget animation</li> <li>- Acheter un véhicule adapté</li> <li>- Monter un projet pour obtenir des subventions pour acheter un véhicule adapté</li> </ul>

Evaluation des animations	
<i>Nos Atouts</i>	<i>Nos Objectifs que nous nous fixons</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilité de tracer sur le logiciel de soin</li> <li>- Bilan de l'année passée et objectifs de l'année à venir</li> </ul>	<p><b>Évaluer la prestation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer <b>une commission animation</b> pour être dans une dynamique continue d'amélioration. Elle sera composée de représentants de résidents, de bénévoles, des animatrices et de membres de l'équipe pluridisciplinaire. Elle se réunira une fois par trimestre pour évaluer le projet d'animation.</li> <li>- La responsable animation présentera également <b>un bilan annuel synthétique</b> aux équipes et</li> </ul>

	<p>au CVS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure organisation de la communication entre les équipes d'animation arc-en-ciel et de l'étage</li> </ul>
--	--

### 3. Les mises en œuvre concrètes du projet d'animation

Les animations sont habituellement classées dans la résidence en trois catégories :

- Les animations festives
- Les animations collectives
- Les animations individuelles

<b>Les animations festives</b>	
Marquer les temps forts de l'année	
Exemples : beaujolais nouveau, semaine du gout, chandeleur, pâques, fêtes de fin d'année...), marché de Noël, arbre de Noël, fête des familles, les anniversaires, chant, après-midi festive du vendredi (crêpes, beignets, pain perdu...) ...	
<i>Nos Atouts</i>	<i>Nos Objectifs que nous nous fixons</i>
<p><b>Les animations du vendredi après-midi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des résidents</li> <li>- Implication des familles</li> <li>- Implication des salariés</li> </ul> <p>Des animations festives qui fonctionnent toujours très bien, réunissant toujours beaucoup de résidents et familles.</p> <p>Fédération de l'équipe autour de ces temps forts</p> <p>Repères connus de tous (vendredi, anniversaires)</p> <p>Satisfaction des résidents et des familles</p>	<p><b>Marquer les temps forts de l'année</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Petites attentions le jour de l'anniversaire : gâteau et bougies / cartes d'anniversaire</li> <li>- Meilleure implication de l'équipe sur les événements ponctuels (marché de Noël...)</li> </ul>

<b>Les animations collectives</b>
<p>Animations permettant de créer une cohésion de groupe, et de permettre au résident de se réaliser par des échanges, de rompre la solitude et stimuler les capacités physiques et cognitives.</p> <p>Exemples : Atelier mémoire, jeux de culture générale, gymnastique douce, récits de vie, sorties, repas thérapeutiques, jeux de société, atelier manuel, jardinage, cuisine, jeux extérieurs, activités inter EHPAD, activités intergénérationnelles</p>

<b>Nos Atouts</b>	<b>Nos Objectifs que nous nous fixons</b>
<p>Les repas thérapeutiques</p> <p>Diversité par un programme différent toutes les semaines</p> <p>Diversité des types d'animations proposées, et publics cibles</p>	<p><b>Proposer de nouvelles animations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser les temps après le diner (tisane, match de foot...)</li> <li>- Réflexion sur un échange intergénérationnel avec le centre de loisirs et les écoles</li> <li>- Continuer à proposer de nouvelles animations ayant du sens (un potager, accompagner les résidents au marché, faire un terrain de boules dans le parc, accessible aux gens de l'extérieur...)</li> </ul> <p><b>Favoriser le lien entre de résidents de l'unité centrale et l'unité Arc-en-ciel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter les participations des résidents d'arc-en-ciel aux animations proposées à l'EHPAD</li> </ul>
<p><b>Les animations individuelles</b></p> <p>Animation dont le but est de coller au mieux au projet d'accompagnement personnalisé et de répondre aux besoins et attentes spécifiques de la personne.</p> <p>Quelques exemples mis en œuvre : bains thérapeutiques, soins esthétiques ou de détente, atelier informatique, sorties dans le parc, visite en chambre, passage de la bibliothèque, soins aux animaux...</p>	
<b>Nos Atouts</b>	<b>Nos Objectifs que nous nous fixons</b>
<p>Postes dédiés aux temps individuels (exemples : proposition quotidienne de bains thérapeutiques...)</p> <p>Proposition par l'animatrice de temps privilégiés (informatique, soins esthétiques...)</p>	<p><b>Continuer à proposer et développer les animations individuelles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accentuer sur les animations pour les résidents les plus dépendants</li> <li>- Evaluer les besoins des résidents non concernés par l'animation actuellement</li> </ul>



## 6. LE PROJET DE SOINS

### 1. La continuité des soins

#### Les enjeux

Les personnes âgées vivant en EHPAD sont par définition partiellement ou fortement dépendantes et présentent des pathologies chroniques, le plus souvent multiples. Elles sont donc particulièrement fragiles.

Pour chaque résident, les soins ont pour finalité la meilleure qualité de vie possible. Ils s'inscrivent dans une continuité pour un accompagnement des résidents à toutes les étapes de vie à l'EHPAD.

La continuité des soins s'entend tant en termes de prise en soins au sein de l'établissement via la collaboration entre le médecin traitant, les intervenants extérieurs et l'équipe soignante qu'au niveau du territoire en menant une réflexion autour du parcours de soins.

La continuité des soins doit également être assurée en cas de crise. Le plan bleu rédigé dans l'établissement permet la mise en œuvre rapide et cohérente de moyens indispensables, pour faire face efficacement à la gestion d'un événement exceptionnel quel que soit sa nature.

Il est mis en œuvre par la direction de l'établissement en cas de crise interne à l'établissement ou à la demande du préfet de département lors du déclenchement de dispositifs d'alerte et d'urgence.

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
Collaboration avec l'HAD et l'unité mobile de soins palliatifs	<b>Organiser la prestation des intervenants extérieurs paramédicaux (Kiné, orthophoniste...)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Améliorer les transmissions d'informations avec les intervenants extérieurs (écrites et orales)</li><li>- Organiser la planification des interventions paramédicales auprès des résidents</li><li>- Envisager l'intervention d'ergothérapeute et de diététicien (à négocier avec les financeurs)</li></ul>
Transmissions écrites et orales réalisées plusieurs fois par jour	
Informatisation du dossier de soin permettant d'assurer la traçabilité des soins apportés aux résidents	
Télé médecine pour le suivi des plaies	
Réunion annuelle de la commission de coordination gériatrique animée par le médecin coordonnateur réunissant médecins traitants, pharmacien, intervenants paramédicaux	
Convention signée avec la pharmacie de Saint Aubin du Cormier permettant d'assurer la fourniture en médicaments	<b>Travailler la communication entre les équipes :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Revoir l'organisation des transmissions</li><li>- Mettre en place des réunions</li></ul>

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
Le plan bleu et tous les protocoles nécessaires, permettant d'assurer la continuité des soins en cas de crise, sont réalisés.	<p>pluridisciplinaires régulières</p> <p><b>Favoriser la continuité de soins à l'entrée en établissement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacter des aidants professionnels et familiaux afin d'assurer une meilleure continuité de l'accompagnement lors de l'admission d'un nouveau résident</li> </ul> <p><b>Travailler sur la limitation des hospitalisations</b></p> <p><b>Formaliser les relations avec les partenaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclure une convention avec l'hôpital de Combourg</li> </ul>

## 2. Le circuit du médicament

### Les enjeux

Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse est un enjeu majeur notamment du fait que la population âgée est particulièrement exposée à ce risque. En effet, un vieillissement normal entraîne des modifications de l'absorption, de la distribution et de l'élimination des médicaments exposant les sujets âgés à des effets médicamenteux indésirables, d'autant plus que les personnes accueillies en EHPAD sont souvent poly-médicamentée.

L'iatrogénie médicamenteuse désigne les effets indésirables provoqués par les médicaments. Elle regroupe différentes notions :

- Les évènements non évitables associés au produit en tant que tel et/ou au malade lui-même
- Les évènements évitables ou erreurs médicamenteuses survenant quel qu'en soit le stade du circuit du médicament (prescription, dispensation, préparation, ou administration)

Notre mission est de lutter contre l'iatrogénie, d'apporter les meilleurs conseils aux résidents et aux médecins et de sécuriser l'ensemble du circuit du médicament.

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatisation du circuit du médicament</li> <li>- Robotisation de la préparation des doses à administrer</li> <li>- Un pharmacien référent est désigné pour l'établissement, une convention de partenariat a été signée entre la pharmacie et l'établissement</li> </ul>	<p><b>Sécuriser la prise en charge médicamenteuse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévoir une meilleure implication du pharmacien référent à l'amélioration de la qualité du circuit du médicament</li> <li>- Travailler la procédure de déclaration et de traitement des</li> </ul>

<b>Nos atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocoles ayant pour objet de sécuriser le circuit du médicament</li> <li>- Le transport, la livraison et le stockage de médicament sont sécurisés</li> <li>- Une dotation pour soins urgents est disponible dans l'établissement</li> <li>- La prescription, la dispensation, l'administration et la préparation sont réalisées selon les recommandations de bonnes pratiques</li> <li>- Travail régulier avec les médecins traitants et le pharmacien référent sur la question d circuit du médicament</li> <li>- Un audit sur la maîtrise du risque dans le cadre du circuit du médicament est régulièrement réalisé afin de déterminer des actions dans le but d'amélioration de façon continue la qualité des prestations.</li> </ul>	<p>évènements indésirables liés au circuit du médicament.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser le livret thérapeutique comprenant la liste des médicaments à identifier préférentiellement par classes pharmaco-thérapeutiques, identification des médicaments à risque avec mise en place de dispositions spécifiques, liste des médicaments à ne pas écraser et des buvables à ne pas mélanger)</li> <li>- Travail sur le risque iatrogénique et la poly-médication des résidents</li> </ul>

### 3. La prévention et la prise en soins de la douleur

#### Les enjeux

La douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (*International Association for the Study of Pain*)

La douleur comprend quatre composantes : sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale.

La prise en compte et le soulagement de la douleur est une notion capitale de la prise en soins en EHPAD, principalement car la prévalence de la douleur augmente avec l'âge, notamment chez les résidents porteurs d'une polypathologie avec perte d'autonomie physique et psychique.

Il s'agit par ailleurs d'une urgence en gériatrie car elle entraîne : anorexie, dénutrition, troubles du sommeil, dépression, perte d'autonomie, syndrome de glissement (risque suicidaire important chez la personne âgée) chez le résident, et retentit sur l'entourage.

<b>Nos atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation régulière du personnel soignant au repérage et à</li> </ul>	<p style="color: green;"><b>Prendre en charge la douleur :</b></p>

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<p>l'identification de la douleur par l'utilisation d'échelles quantitatives (<i>Algoplus, ECPA, EN, EVS</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suite au repérage et l'évaluation d'une douleur, réactivité des IDE qui étudient les causes et le traitement, signalent au médecin traitant et informent les différents intervenants</li> <li>- Appel à des structures ressources via un partenariat établi avec l'HAD et l'équipe mobile de soins palliatifs</li> <li>- Travail sur les douleurs induites par les soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction d'un protocole douleur</li> <li>- Réévaluation régulière de la douleur afin d'adapter les antalgiques en lien avec le médecin traitant</li> <li>- Création d'un CLUD</li> </ul>

#### 4. La prévention des chutes

##### Les enjeux

La prévention des chutes en EHPAD constitue un enjeu de santé publique. En effet 9000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans sont associés chaque année en France à une chute.

La prévention des chutes en EHPAD est un véritable enjeu en termes de qualité de la prise en charge et d'efficacité.

Les chutes conduisent à des complications diverses : blessures, fractures, hospitalisations, syndrome post-chute, perte d'autonomie, décès, etc. Or, ces troubles peuvent faire l'objet de mesures de prévention. Ces complications ont également un coût. En prévenant les chutes, il s'agit de le réduire.

La chute est la conséquence d'une inadéquation entre la personne vieillissante et son environnement.

Elle est attribuable aux modifications physiques, sensorielles et cognitives associées au vieillissement, conjuguées à des environnements qui ne sont pas toujours assez adaptés.

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<p><b>Identification des personnes à risque</b> de chute dès l'admission par l'interrogation des proches, des aidants sur l'existence de chute, la constatation de déficiences.</p> <p>L'accompagnement et la prise en soins des résidents à risques font l'objet d'une vigilance particulière par l'équipe soignante notamment en ce qui concerne les transferts et les déplacements.</p> <p>Etude et analyse des causes suite à la</p>	<p><b>Former et informer le personnel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffusion de l'information auprès des soignants : identification du risque sur le logiciel, sur le récapitulatif hebdomadaire et lors de la réalisation du PAP</li> <li>- Sensibiliser le personnel à la prévention, prise en soins et à la déclaration des chutes.</li> </ul> <p><b>Formaliser l'analyse des chutes</b></p>

<b>Nos atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<p>déclaration de chute afin de mettre en place des actions de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude des causes environnementales (Sol glissant, obstacles, lumières, chaussage, encombrement : réorganisation de la chambre, contact de la famille...)</li> <li>- Etude des causes liées à l'état de santé (déshydratation, dénutrition, déficit sensorielle, traitement...)</li> </ul> <p>Association du médecin traitant à la démarche de prévention des chutes.</p> <p>Aides techniques adaptées et sécurisés, à la demande de l'IDE sur décision du médecin traitant après avis kiné.</p> <p>Des actions de prévention sont mises en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aide à la marche et à la verticalisation,</li> <li>o Gym douce</li> <li>o Matériel adapté</li> <li>o Travail avec les Kinésithérapeutes quotidien</li> </ul>	<p><b>immédiate et tous les mois</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer les facteurs prédisposant et précipitant</li> <li>- La répétition des chutes</li> <li>- Evaluation des conséquences des chutes</li> <li>- Rédiger un protocole de chutes</li> </ul> <p><b>Intervention d'un ergothérapeute dans le cadre de la prévention des chutes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'éducation thérapeutique, stratégie d'adaptation, atelier équilibre</li> </ul> <p>Organiser un temps de rencontre avec les kinés intervenant afin d'améliorer notre politique de prévention des chutes.</p>

## 5. La prévention des risques liés à la contention

### Les enjeux

La contention physique dite passive se définit par : « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de toute ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour un patient qui présente un comportement dangereux ou mal adapté » (*Rapport ANAES 2000*).

Le droit à la sécurité, reconnu à l'article 7 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi qu'à l'article L311-3 du CASF, est au même titre que le droit à la liberté d'aller et venir un droit fondamental, particulièrement important au regard de la fragilité des populations accueillies.

La contention en tant que mesure privative de liberté et génératrice de risque pour la personne doit donc rester exceptionnelle, nécessaire, prescrite et faire l'objet d'un bilan bénéfice risque discuté en équipe pluridisciplinaire, pour protéger le résident.

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<p>Réflexion en équipe pluridisciplinaire pour réaliser <b>un bilan « bénéfice-risque »</b> et rechercher toutes les alternatives possibles la mise en place d'une contention.</p> <p><b>Prescription médicale systématique</b> pour toute contention. Le médecin traitant statue sur l'opportunité de mettre en place une contention au regard des discussions menées avec l'équipe et suite à la consultation et à la recherche du consentement de la famille et du résident.</p> <p><b>Mise en place d'une surveillance particulière</b> : passage plus régulier afin de vérifier si la personne ne s'est pas mise en danger, et vigilance spécifique de l'état de santé de la personne, de son état cutané et de son état psychique.</p> <p>Existence d'un <b>protocole contention physique</b>.</p>	<p>→ Réévaluation régulière des contentions lors des transmissions</p> <p>→ Accompagnement psychologique des résidents sous contention.</p> <p>→ Organiser des réunions pluridisciplinaires permettant de formaliser la recherche des alternatives, de réaliser le bilan bénéfice risque et de réévaluer régulièrement l'ensemble des contentions.</p>

## 6. La prévention et la prise en soins des escarres

### Les enjeux

Les escarres entraînent une gêne douloureuse et une souffrance physique et morale, une limitation des capacités fonctionnelles (marche ou station assise impossible) avec comme conséquence une limitation de l'autonomie.

L'escarre entraîne une augmentation de la durée de séjour des patients hospitalisés, une augmentation du temps des soins infirmiers, des douleurs et d'autres complications infectieuses, fonctionnelles ou psychologiques. La prévention des escarres doit être une préoccupation permanente pour des soignants prenant en charge des personnes âgées fragiles. Par ailleurs la prévention des escarres et leur prise en soins entraînent une réflexion nécessaire sur les facteurs de risques multiples particulièrement présents chez la personne âgée (infections, diabète, dénutrition, décompensation cardiaque, immobilité, etc.).

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<p><b>Evaluation du risque d'escarre</b> dès l'entrée du résident par le biais de l'échelle de Norton.</p> <p>Des <b>actions de prévention personnalisées</b> et adaptées sont définies en équipes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aides techniques : matelas, coussins</li> <li>- Actions de prévention : effleurages, toilette et séchage.</li> <li>- Adaptation de la protection et changes réalisés régulièrement</li> <li>- Vêtement approprié</li> <li>- Changement de position formalisé</li> <li>- Mobilisation</li> <li>- Nutrition enrichie</li> <li>- Signalisation immédiate aux IDE dès l'apparition du premier signe</li> <li>- Recherche du confort du résident et soulagement de la douleur lors des soins infirmiers</li> <li>- Possibilité de recours à la télémédecine</li> </ul>	<p><b>Former le personnel à la prévention et la prise en soin des escarres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation plaie et escarre pour les soignants</li> </ul> <p><b>Prévenir l'apparition des escarres :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuer la prévention cutanée</li> <li>- Rédaction de protocoles à l'appui</li> </ul>

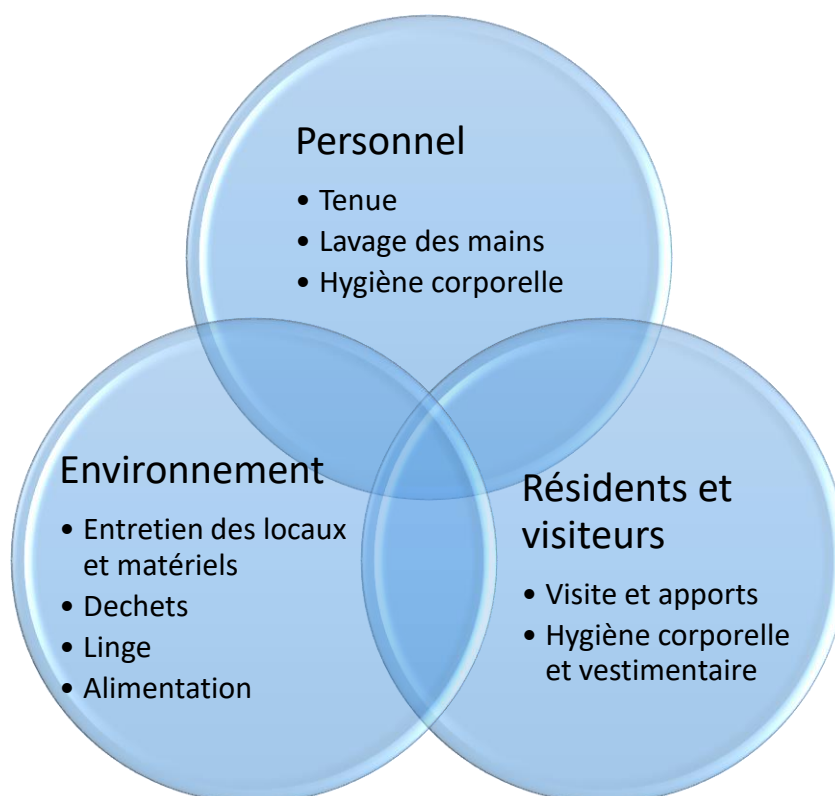
## **7. L'analyse et la maîtrise du risque infectieux**

### **Les enjeux**

Une infection est la pénétration et le développement, dans un être vivant, de micro-organismes pathogènes qui peuvent rester localisés, diffuser par voie sanguine ou répandre leur toxine dans l'organisme. On distingue

- Infection endogène : germes venant du patient lui-même
- Infection exogène : origine extérieure

## Triangle de la contamination



La gestion du risque infectieux en EHPAD est très importante du fait de la grande fragilité des résidents.

La gestion du risque infectieux, c'est se protéger et protéger le résident

Nos atouts	Les objectifs que nous nous fixons
Hygiène des locaux Mise à disposition de produits hydro alcooliques dans tout l'établissement Décontamination du matériel IDE Hygiène des résidents : recherche d'un équilibre entre les habitudes de vie et le risque infectieux. Bonne gestion de l'environnement et des circuits : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eau</li> <li>- Déchets</li> <li>- Linge</li> <li>- Cuisine</li> </ul> Vaccination : sensibilisation réalisée	<p><b>Formaliser la politique de maîtrise du risque infectieux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédiger les protocoles précautions standards et précautions complémentaires</li> <li>- Meilleure gestion des BMR (Bactéries multi-résistantes)</li> <li>- Créer un CLIN en interne</li> </ul> <p><b>Evaluer la politique de maîtrise du risque infectieux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser le DARI</li> </ul> <p><b>Former le personnel à la prévention du risque infectieux:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation : rappel régulier sur les</li> </ul>



<p>par le médecin coordonnateur à l'intention des résidents et du personnel.</p> <p>Gestion des épidémies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffusion de l'information</li> <li>- Mise à disposition de solutions hydro-alcooliques et masques</li> <li>- Isolement des résidents concernés</li> <li>- Mise en place de mesures pour éviter la propagation</li> </ul>	<p>précautions standards et complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène des mains : ré-insister sur les ongles courts, sans bijoux</li> <li>- Formation sur la prévention des AES (accident exposant au sang)</li> </ul> <p><b>Informez le personnel et les visiteurs en cas de risque infectieux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévenir le personnel et les visiteurs au plus tôt du risque infectieux : meilleure transmission écrite et orale afin d'accentuer sur les précautions standards</li> <li>- Mettre en place des affiches en cas d'isolement sur la porte de la chambre du résident</li> </ul> <p><b>Acquérir le matériel nécessaire à la gestion du risque infectieux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquérir une petite étagère à roulette pour mettre devant la porte tout le matériel nécessaire à l'isolement</li> <li>- Envisager une solution pour le traitement de la vaisselle en cas d'épidémie.</li> <li>- Trouver une pièce où nettoyer le matériel</li> <li>- Désinfection systématique des téléphones</li> </ul> <p><b>Formaliser les relations avec les partenaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place une collaboration avec le CLIN du CH de proximité</li> <li>- Participer aux réunions du CLIN ouest</li> </ul>
--	---

## 8. La prévention et la prise en soins de l'incontinence

### Les enjeux

L'incontinence urinaire/fécale se définit par une perte involontaire d'urine/de selles dans un lieu et/ou un moment inappropriés. Le retentissement social est souvent très important. Sa prévalence est très élevée en EHPAD, dépassant 50%.

L'élimination des urines et des selles met en jeu des phénomènes complexes, aussi bien au niveau de l'anatomie locale, que des structures neurologiques. Avec l'âge, le vieillissement des tissus et du système nerveux est un facteur d'entrée dans l'incontinence

Chez ces personnes, l'incontinence retentit lourdement sur la qualité de vie et entraîne fréquemment le recours à des stratégies d'évitement qui nuisent à la vie sociale. En l'absence d'une consultation et d'une prise en charge adaptée, les troubles ne peuvent

qu'empirer jusqu'à conduire à une désocialisation résignée, à un mal-être qui retentit sur l'individu

<b>Nos atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimulation et accompagnement à la marche</li> <li>- Surveillance de l'alimentation et de l'hydratation. Suivi de régime alimentaire</li> <li>- Etude des traitements pouvant favoriser les troubles</li> <li>- Suivi des selles et alertes</li> <li>- Réponse rapide aux demandes d'accompagnement aux toilettes</li> <li>- Langage adapté pour aborder le sujet de l'incontinence et les solutions qui peuvent être envisagées</li> <li>- Accompagnement adapté notamment via l'étude du cycle mictionnel qui permet de favoriser et de prévenir l'incontinence et de prévoir les protections adaptées et de prévoir les tours de change</li> <li>- Désignation d'un référent protection qui a accès au logiciel pour acter une réévaluation des protections en équipe.</li> <li>- Formation régulière du personnel à l'utilisation et l'adaptation des protections.</li> <li>- Accompagnement psychologique des résidents en perte d'autonomie, tant par la psychologue que par l'équipe soignante.</li> </ul>	<p><b>Former le personnel à la prévention et prise en charge de l'incontinence</b></p> <p><b>Rédiger un protocole incontinence</b></p> <p><b>Mettre en place des actions de prévention de l'incontinence</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre les mises aux toilettes dans le respect de la dignité</li> <li>- Analyse des causes d'un début d'incontinence</li> </ul> <p><b>Poursuivre l'effectivité du rôle du « référent protection » sur l'unité centrale</b></p>

## **9. La prévention et la prise en soins des troubles de l'humeur (risque suicidaire, dépression)**

### **Les enjeux**

Les troubles dépressifs sont l'un des problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les sujets âgés. Ils se manifestent par des affects dépressifs (tristesse, dévalorisation, pessimisme) et un ralentissement psychomoteur fréquent, auxquels s'associent, à des degrés divers, anxiété et troubles de l'appétit et du sommeil.

En EHPAD, 40 % des personnes accueillies seraient atteintes de dépression. Un épisode de dépression majeure surviendrait chez 10 à 15% des résidents dans la première année suivant l'admission. De plus d'un tiers des personnes qui se suicident en France ont plus de 65 ans.

Les troubles cognitifs constituent un facteur de risque de dépression, et, inversement, des antécédents de dépression sont un facteur de risque de maladie d'Alzheimer.

La dépression est très fréquente chez la personne âgée mais négligée, méconnue ou non traitée. Si le sujet âgé parle facilement de la mort, l'expression d'idées suicidaires, quant à elle, ne doit jamais être banalisée et doit toujours être prise en considération.

La plainte suicidaire peut-être formulée directement par la personne ou par sa famille. Les idées suicidaires ne sont pas toujours exprimées spontanément ; il faut savoir les rechercher. Il faut donc oser et savoir parler de la mort avec la personne.

*Nos atouts*

*Les objectifs que nous nous fixons*

**Evaluer** : dans les deux mois suivant l'admission, le médecin coordonnateur fait une évaluation gériatrique standardisée comprenant notamment des échelles d'évaluation de dépression (GDS, mini-GDS)

Rencontre de la psychologue systématique à l'entrée du résident.

Information du médecin traitant et suivi psychologique en cas de risque de dépression.

**Prévenir les risques :**

- Identification des situations à risque (Maladie, douleur, isolement social et familial, veuvage, entrée en institution, événement traumatique, vieillissement, perte d'autonomie, perte de dignité lié à la diminution des capacités, antécédent de dépression, troubles bipolaires, changement de traitement)
- L'équipe est à l'écoute, fait émerger la parole
- L'équipe est attentive au changement de comportement (participation, appétit, sommeil, impulsivité et agressivité, repli sur soi...)
- Un référent est désigné afin d'établir une relation de confiance privilégiée avec le résident
- Bien connaître la personne (via le recueil de données réalisé lors de l'admission et le PAP)
- Traitement des pathologies chroniques, dépistage de la douleur
- Repérage du plaisir alimentaire (dernier plaisir qui reste)
- Valorisation des capacités

**Accompagnement en cas de dépression : approche médicamenteuse et approche relationnelle :**

- Transmission à la psychologue
- Prendre plus de temps avec le résident
- Ecoute et vigilance quand une personne est déprimée ou parle de la mort
- Transmission au médecin traitant
- Intervention d'un psychiatre
- Alerter la famille
- Animation et soins de bien-être
- Essayer de rompre la bulle dans laquelle la personne s'enfonce
- Selon l'histoire de vie, la personnalité et les besoins et attentes de la personne, essayer d'écouter individuellement et intégrer collectivement
- Ne pas banaliser les idées suicidaires, oser parler de la mort.

Travail d'équipe et d'accompagnement pluridisciplinaire

**Assurer une formation et une information uniforme de l'équipe :**

- Continuer les transmissions orales et écrites
- Organiser des temps d'échange en équipe pluridisciplinaire
- Sensibiliser les équipes à explorer les émotions et les valider.
- Sensibiliser les équipes à l'écoute et importance de la vigilance détresse morale des personnes communicantes et non communicantes.
- Poursuivre la formation interne du personnel sur la dépression et le risque suicidaire

**Assurer le suivi des actions mises en place et leur réajustement si nécessaire**

**Formaliser la démarche de prévention du risque suicidaire**

- Mise en place de protocole de prévention du risque suicidaire, avec identification des résidents à risque (échelle RUD)

## 10. La prévention et la prise en soins des troubles psycho-comportementaux

### Les enjeux

La prévalence de la démence double tous les 5 ans après 65 ans pour atteindre 30 à 40% des sujets de 85 ans et plus.

Ces comportements peuvent être dérangeants, perturbateurs, dangereux pour la personne elle-même et/ou pour autrui, ces critères étant jugés par l'entourage du patient. Ces « comportements qui posent problème » occasionnent le plus souvent une rupture franche par rapport au fonctionnement antérieur de la personne, bien qu'ils puissent être longtemps ignorés ou négligés.

Les enjeux de notre action sont :

- Homogénéiser les pratiques en termes de diagnostic, de prévention et de traitement des troubles du comportement perturbateurs ;
- Promouvoir les techniques de soins non médicamenteuses ;
- Eviter les prescriptions inappropriées, systématiques ou prolongées de psychotropes, en particulier de sédatifs et de neuroleptiques.

<b>Nos atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Formation interne sur les troubles psycho-comportementaux à l'intention du personnel soignant</li><li>- Vigilance du personnel soignant à tout changement de comportement</li><li>- Transmissions écrites et orales sur les troubles afin de permettre un accompagnement adapté et homogène</li><li>- Mise à disposition de l'histoire et des habitudes de vie de la personne accueillie (Recueil de données et PAP)</li><li>- Présentation aux salariés du futur résident avant l'admission par l'IDEC</li><li>- Vigilance du confort physique et état de santé de la personne (hydratation et troubles digestifs, douleur...)</li><li>- Proposition de bains thérapeutiques, accompagnement individuel</li><li>- Proposition de soutien et accompagnement des familles, par l'équipe encadrante, face aux troubles du comportement de leur proche</li></ul>	<p><b>Former et informer le personnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Poursuivre la formation du personnel à l'évaluation les troubles psycho-comportementaux : NPI</li><li>- Sensibiliser le personnel soignant à la communication verbale et non verbale à adopter face à des troubles du comportement</li><li>- Informer et soutenir les professionnels autour des troubles présents et à venir.</li></ul> <p><b>Accompagner les résidents souffrant de troubles psycho-comportementaux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Investir tout le temps soignant disponible pour accompagner les résidents lors de l'apparition de troubles psycho-comportementaux, pour rassurer, mettre en confiance et redonner des repères.</li><li>- Mise en place de réunions en équipe pluridisciplinaire pour tenter de trouver des solutions face à des accompagnements compliqués</li><li>- Travailler sur les repères temporo-spatiaux dans les lieux communs</li></ul>

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
afin de les aider à trouver les clefs de la communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mener une réflexion sur la relaxation et le bien-être (sous forme d'atelier thérapeutique)</li> </ul> <p><b>Accompagner et informer les familles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Généraliser l'implication des familles dans l'accompagnement des personnes présentant des troubles psycho-comportement</li> </ul>

## 11. Hygiène bucco-dentaire

### Les enjeux

L'hygiène bucco-dentaire fait partie intégrante de l'hygiène corporelle

Les études relatives aux personnes âgées, en particulier dépendantes, témoignent d'un état de santé bucco-dentaire très détérioré. Près de 50 % des résidents accueillis en EHPAD souffrent de pathologies bucco-dentaires

Certaines pathologies générales comme les pathologies cardiaques, les affections dermatologiques, les pneumopathies, les rhumatismes peuvent être d'origine bucco-dentaire ou aggravées par des infections dentaires. Une mauvaise santé bucco-dentaire augmente également le risque de dénutrition, d'ostéoporose et, indirectement, la perte d'autonomie.

La mauvaise santé bucco-dentaire a également des retentissements importants sur la qualité de vie au quotidien des personnes âgées : mauvaise haleine, perte du goût, blessures des muqueuses, douleurs, baisse de l'estime de soi, repli social.

Améliorer l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées en perte d'autonomie est incontestablement un enjeu de santé publique, gage de bienveillance dans nos établissements.

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nettoyage de l'appareil dentaire</li> <li>- Accompagnement et stimulation des résidents qui peuvent se laver les dents</li> <li>- Réalisation de bains de bouche</li> <li>- Recherche de solutions pour les personnes à qui l'on ne peut pas laver les dents</li> <li>- Accompagnement des résidents chez le dentiste</li> </ul>	<p><b>Sensibilisation du personnel</b> sur l'hygiène bucco-dentaire</p> <p>Réaliser <b>un protocole</b> sur le nettoyage de l'appareil dentaire</p> <p>Relancer <b>le projet d'un cabinet dentaire interne</b> à la résidence</p>

## 12. Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance

La loi n°2002-2, visant à renforcer le droit des personnes dont le droit à l'autonomie, (*article 7*) est le socle de départ d'une politique prônant l'autonomie et le maintien des capacités restantes.

L'autonomie c'est « le droit pour un individu de vivre selon sa volonté », l'autonomie est synonyme d'indépendance, c'est le fait de définir pour soi-même ses propres règles et lois.

Si nous ne respectons plus l'autonomie d'une personne, voilà à quoi nous nous exposons :

- La majoration de la dépendance de la personne,
- Lui retirer des libertés,
- Ne plus assez tenir compte de ses choix,
- La transformer en objet et non plus en sujet.
- 

L'accompagnement d'un résident au sein de notre établissement peut alors se traduire par ses quelques mots : c'est une relation qui va aider le résident à vivre malgré les difficultés rencontrées, un soutien dans la vie quotidienne pour surmonter la perte d'autonomie dans tous les actes de la vie.

### Notre philosophie

***L'accompagnement proposé doit être centré sur la personne pour répondre au mieux à ses demandes.***

***Accompagner c'est marcher à côté, ne pas faire à la place de la personne mais l'aider à faire ce qu'elle ne peut plus faire.***

Nous évaluons l'autonomie des résidents à l'aide de la grille AGGIR à l'entrée du résident, au moins 3 fois par an et lors d'un changement significatif de l'état de santé.

<b><i>Nos atouts</i></b>	<b><i>Les objectifs que nous nous fixons</i></b>
<p><b>Les toilettes évaluatives</b> (dans le but de rechercher les capacités restantes) systématiquement effectuées lors de la première semaine, par l'IDEC et l'ASH ou l'AS. Elaboration du plan de soin qui en découle et qui va guider tous les soignants pour les actes de la toilette, du coucher...</p> <p><b>Faire avec et ne pas faire à la place :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Effectuer la toilette dans la salle de bain et non pas au lit</li><li>• Laisser le choix de la tenue vestimentaire et de ses habitudes de vie</li><li>• Aide à la marche par les soignants pour aller aux repas, aux toilettes...</li><li>• Prescription d'actes de kinésithérapie</li><li>• La mise en place d'un atelier gym douce</li></ul>	<p><b><i>Délégation et formation des IDE lors des absences de l'IDEC</i></b></p> <p><b><i>Laisser une place à la stimulation dans les actes de la toilette, de l'habillage, du repas...</i></b></p>

<b>Nos atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<p>les lundis et jeudis par l'équipe animation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation au petit ménage de la chambre, la réfection du lit</li> <li>• Atelier mémoire tous les lundis pour stimuler l'autonomie psychique</li> </ul> <p><b>L'accompagnement de la perte d'autonomie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptation du matériel : couverts ergonomiques pour les repas, matériels pour la marche (déambulateurs, cannes, fauteuils...)</li> <li>• Adaptation des plats en textures adaptés</li> <li>• Donner des repères temporo-spatiaux régulièrement</li> </ul> <p><b>Le repérage des risques signes de la perte de dépendance :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi des chutes</li> <li>• Suivi de la dénutrition</li> <li>• Suivi du moral et de l'état psychologique de la personne</li> </ul>	<p><i>Pour aller plus loin : développer le manger-main pour plus d'autonomie pour les personnes atteintes de troubles cognitifs</i></p> <p><i>Organiser plus régulièrement des discussions en équipes pluridisciplinaires lors de l'apparition de la perte d'autonomie pour adapter plan de soin et PAP et réévaluer la grille AGGIR.</i></p>

### 13. PROJET ARC en CIEL

**Notre philosophie :**

***Prendre soin des personnes accueillies en valorisant les capacités restantes, en respectant leur dignité***

#### 1. Historique

Pour répondre aux besoins du territoire breton et à une problématique nationale la Résidence Les Vergers a répondu à un appel à projet en 2000 et a mis en place une unité Alzheimer : l'unité Arc-en-Ciel a ouvert ses portes en 2008. Elle accueille aujourd'hui 15 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, compliquée de symptômes psycho-comportementaux dont la sévérité et/ou la persistance compromettent la qualité de vie du résident et sa sécurité, et ne sont pas compatibles avec le maintien dans une unité traditionnelle EHPAD.

Ces symptômes « perturbateurs » dits productifs sont : la déambulation, une perte importante de la mémoire et des repères dans le temps et l'espace, l'agitation, l'agressivité



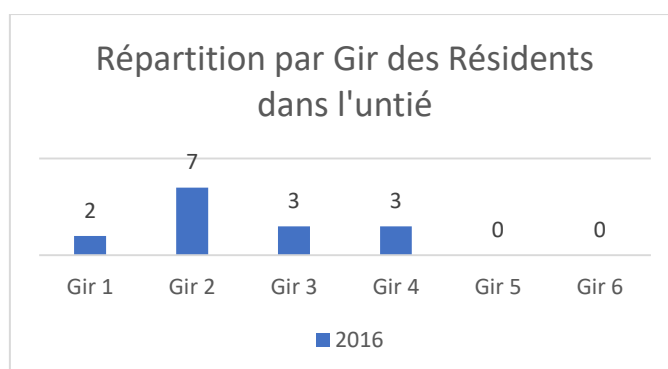
physique ou verbal, les cris, des comportements moteurs aberrants, les troubles du sommeil et parfois l'inversion des cycles jour/nuit, la désinhibition, les hallucinations, l'opposition aux soins...

La mission de notre lieu de vie Arc en Ciel :

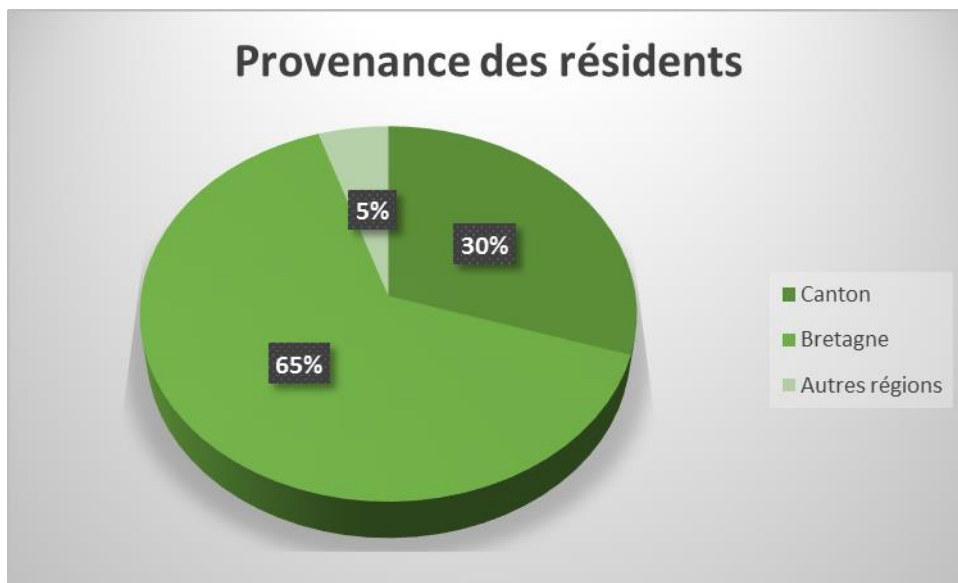
- Privilégier une bonne qualité de vie à travers le savoir-faire et le savoir être du personnel : respect de la dignité, de l'intimité, de la sécurité, du libre arbitre en respectant au plus près le rythme de vie, et rechercher le meilleur confort pour la personne.
- Personnaliser l'accompagnement suite à la rédaction d'un projet d'accompagnement personnalisé sur la base d'une évaluation pluridisciplinaire et prenant en compte l'histoire de vie de la personne grâce à l'implication des familles.
- Proposer des activités adaptées aux capacités restantes des résidents : des activités du quotidien en réponse à la vie d'avant (faire des gâteaux, des galettes, mettre le couvert, faire la vaisselle...), des ateliers stimulant la mémoire, des ateliers de gym douce...
- Préserver et stimuler l'autonomie et l'estime de soi : Stimuler les capacités cognitives et les gestes de la vie quotidienne, accompagner la personne à faire par elle-même plutôt que de « faire à la place »
- Favoriser les thérapies non médicamenteuses afin d'atténuer les symptômes psycho comportementaux
- Accompagner et informer les familles : soutien actif des proches et accompagnement des aidants.
- Proposer un autre mode d'accompagnement lorsque la réponse que nous proposons dans l'unité a atteint sa limite : favoriser les transferts ou les sorties vers l'EHPAD ou vers d'autres types de structure.

Sur le secteur de Saint-Aubin d'Aubigné il y a 5 unités protégées, dont l'unité Arc en Ciel, soient 122 places.

## 2. Caractéristique de la population accueillie au sein de l'unité protégée



L'âge moyen des résidents sur l'unité est de 84.8 ans. Le plus jeune résident a 63 ans et la plus âgée a 99 ans. Nous accueillons 12 femmes et 3 hommes.



Les pathologies observées au sein de l'unité : la plupart des résidents sont atteints de la maladie d'Alzheimer, certains de la maladie diffuse à corps de Lewy (il s'agit d'une forme de troubles cognitifs).

### 3. Les critères d'admission et d'exclusion, les passerelles vers l'EHPAD

Pour que l'unité Arc en Ciel fonctionne de manière appropriée et respecte sa mission originelle nous avons établi en équipe pluridisciplinaire et sur la base des travaux du Géroto-pôle de Toulouse (Août 2008), des critères d'admission, d'exclusion et de sortie.

- **L'admission en unité**

*Un diagnostic de la pathologie démentielle établi*

*Présenter des troubles « productifs » et perturbateurs*

*La maladie doit être reconnue ALD (Affection de Longue Durée) à 100%*

- **Exclusion**

*La prise en charge des pathologies psychiatriques. Celles-ci relèvent d'avantage d'une unité de géronto-psychiatrie.*

- **La sortie de l'unité**

*Une perte d'autonomie classée GIR 1 ou dépendance lourde: des soins techniques trop importants mobiliseraient les équipes et cela perturberait la qualité de l'accompagnement des autres résidents.*

*La diminution des symptômes psycho-comportementaux perturbateurs.*

*Les personnes en fin de vie requérant des soins palliatifs.*

*Un comportement violent mettant en danger la sécurité des autres résidents.*

<b>Nos Atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<p><b>Les ressources humaines :</b> une équipe de professionnel renforcée : 8.86 ETP accompagnent et prennent soin des résidents tout au long de la journée.</p> <p><b>Une équipe pluridisciplinaire :</b> des agents, des AMP, des aides-soignants, IDE, un temps de psychologue, un temps de médecin coordonnateur.</p> <p><b>Des intervenants extérieurs :</b> kiné, orthophonistes, médecins traitants...</p> <p><b>Le respect des habitudes de vie du lever au coucher :</b> la prise du petit déjeuner en robe de chambre ou habillé selon les habitudes, l'instant tisane le soir pour se relaxer...</p> <p><b>Une sécurité la nuit :</b> un agent est présent la nuit exclusivement pour l'unité. Son rôle est de rassurer et d'accompagner le rythme du résident.</p> <p><b>Un lieu accueillant</b> permettant de développer un bon relationnel avec les familles, ceci participant au bien-être des résidents.</p> <p><b>Nos animaux de compagnie</b> veillent sur les personnes accueillies et leur sont réconfortantes.</p> <p><b>L'architecture des lieux</b> offre une belle salle de vie spacieuse et lumineuse. Un jardin et une</p>	<p><b>Accompagner la montée en compétences des ressources humaines</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Former toute l'équipe aux spécificités de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées afin d'améliorer la prise en soin et l'accompagnement : <i>Renforcer la connaissance de la maladie Alzheimer</i> <i>Mieux gérer les réactions défensives et les troubles du comportement.</i> <i>Mener des activités thérapeutiques pour stimuler et maintenir les capacités des résidents.</i></li><li>2. Harmoniser les pratiques de l'équipe et de la contre-équipe, de l'équipe de jour et de l'équipe de nuit.</li><li>3. Lors des nouvelles embauches s'assurer de : la forte motivation du salarié pour travailler avec des personnes atteintes de troubles cognitifs, du savoir-être, et du savoir-faire.</li></ol> <p><b>Respecter les critères d'entrée et de sortie de l'unité :</b></p>

<b>Nos Atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
<p>terrasse clos permettent de manger dehors et de prendre l'air.</p> <p><b>Une équipe motivée</b> à la recherche du meilleur confort pour les personnes accueillies.</p> <p><b>L'animation</b> Chaque membre du personnel est impliqué et organise une animation, un atelier (poste J notamment) Des activités de jardinage sont proposées dès le printemps.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Appliquer les critères lors des commissions admission</li> <li>2. Informer les familles et résidents lors de l'admission en unité des passerelles unité-EHPAD, EHPAD-unité.</li> <li>3. Accompagner résidents, familles, salariés lors de l'atteinte de la limite de l'accompagnement en unité vers l'unité centrale : accompagner la sortie.</li> <li>4. Rédiger un protocole Admission spécifique à l'entrée Arc-en-Ciel pour mieux accompagner résidents-familles-équipes.</li> </ol> <p><b>Une architecture adaptée à la maladie et notamment pour les accès extérieurs</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Favoriser les sorties vers le jardin et la déambulation : organiser les travaux au niveau de l'accès terrasse.</li> <li>2. Construire un petit parcours de déambulation dans le jardin attenant.</li> <li>3. Dans le long terme : prévoir une extension pour créer un parcours de déambulation.</li> </ol> <p><b>Développer et soutenir les stratégies non médicamenteuses</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instaurer un planning d'animations régulières pour pouvoir mener des animations à vocation thérapeutiques.</li> <li>2. Développer la relation aux animaux</li> <li>3. Développer les temps de relaxation</li> </ol> <p><b>Renforcer le projet d'animation de l'unité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure organisation de la communication entre les équipes d'animation arc-en-ciel et de l'étage</li> <li>- Organisation d'activités communes entre les résidents des deux unités.</li> <li>- Formation de l'équipe arc-en-ciel à l'animation</li> <li>- Tracer l'évaluation de l'animation faite. Planifier et ritualiser les animations à la semaine</li> </ul> <p><b>Créer du lien entre les équipes EHPAD-Unité pour rompre l'isolement :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instaurer une réunion de service toutes les</li> </ol>

<b>Nos Atouts</b>	<b>Les objectifs que nous nous fixons</b>
	<p>6 semaines avec la Direction, l'IDEC, la Psychologue le vendredi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Développer les liens avec l'équipe animation de l'EHPAD.</li> <li>3. Instaurer une présence régulière du médecin coordonnateur et de la psychologue lors des réunions de transmissions de l'après-midi.</li> </ol> <p><b>L'aide aux familles et aux proches</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Créer un temps de communication d'information et de rencontre : « la réunion annuelle de l'unité Arc en Ciel » organisée par le médecin coordonnateur et la psychologue.</li> <li>2. Rencontrer la famille des résidents dans les 2 mois de l'admission en équipe pluridisciplinaire.</li> <li>3. Encourager l'implication des familles dans la vie de l'unité, dans les activités et sorties organisées.</li> </ol> <p><b>Objectifs transversaux pour tous les salariés</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analyse de la pratique menée par la psychologue de l'établissement tous les mois et groupe de paroles mené par une psychologue extérieure tous les trimestres (fin de vie, agressivité, refus de s'alimenter...).</li> </ol> <p><b>Communication</b></p> <p>Créer et diffuser une plaquette présentant l'unité aux acteurs du parcours de vie de la personne âgée en situation de dépendance.</p>

## 14. PROJET SOCIAL : NOS RESSOURCES HUMAINES

La philosophie de la direction et du conseil d'administration :

***Un personnel bien soigné est bien soignant.***

***Favoriser la cohésion, l'esprit d'équipe, l'entraide et le respect mutuel.***

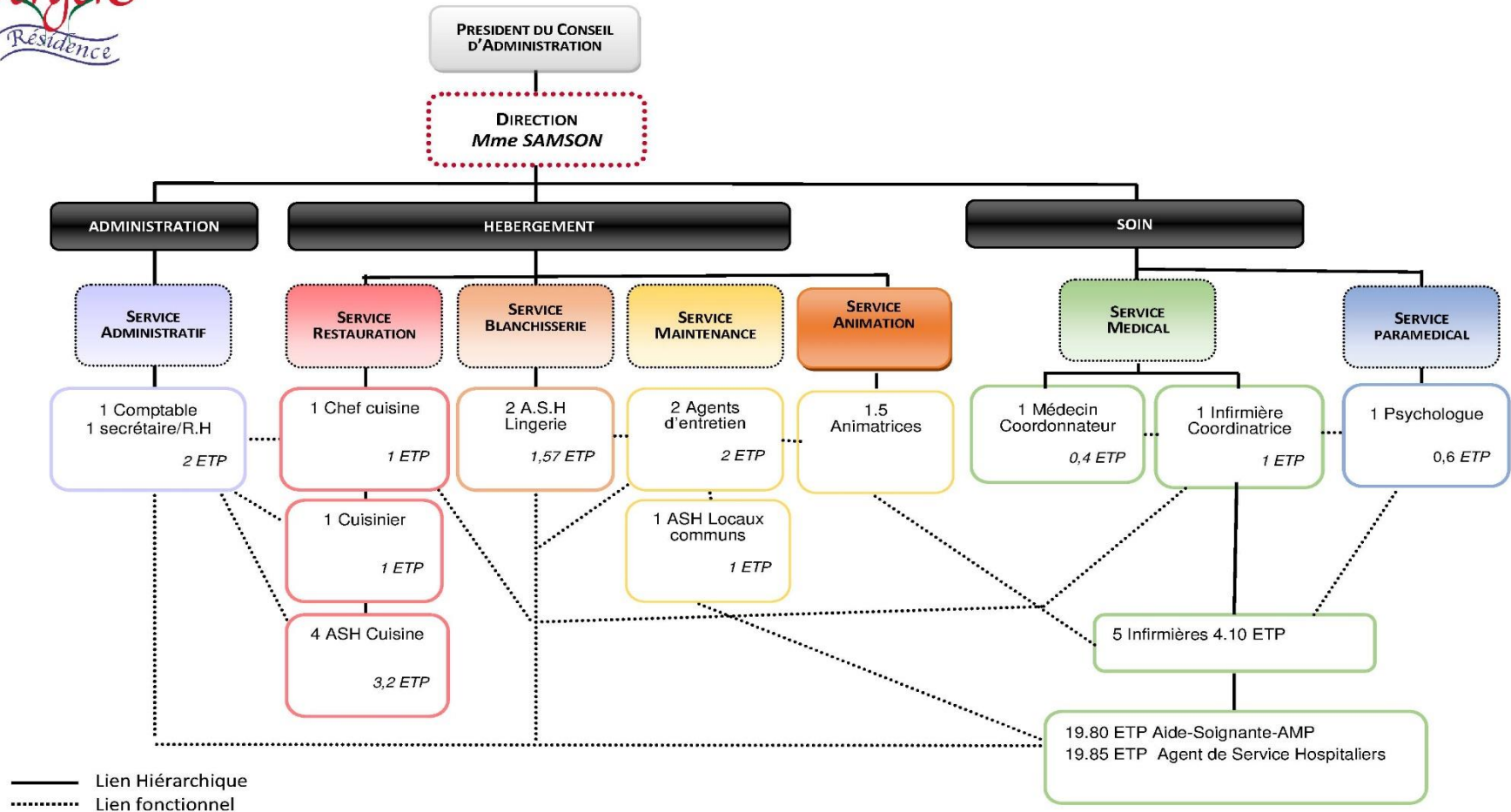
***Accompagner la montée en compétences par des actions de formation en interne et à l'externe.***

### 1. Les ressources humaines en chiffres

Cf. organigramme ci-après :



## ORGANIGRAMME « RÉSIDENCE LES VERGERS »



Total effectifs autorisés : 56.06

Effectué le : 20/03/2016  
 Mise à jour : 23/11/2016

Une équipe pluridisciplinaire de 57.86 ETP (EHPAD+EHPA) accompagne quotidiennement les 92 résidents des Vergers. Elle se compose de :

- Equipe de nuit : 4 AS et 2 ASH
- Equipe de soins EHPAD : 22.30ETP
- Equipe de soins Arc en Ciel : 8.86 ETP
- Equipe des infirmières : 3.90 ETP
- Equipe de cuisine : 5.2 ETP
- Une psychologue : 0.6 ETP
- Un médecin coordonnateur : 0.4 ETP
- Une infirmière coordinatrice : 1 ETP
- L'équipe de direction et administrative : 3 ETP
- La maintenance et l'entretien des locaux communs : 3 ETP
- La lingerie : 1.57 ETP
- L'animation : 1.50 ETP

Notre taux d'encadrement est de **0.628**<sup>5</sup>. La moyenne sur le département est de 0.623.

Notre ratio AS/AMP moyen est de **0.21**, le ratio moyen sur le départemental en 2016 est de 0.24.

Notre ration ASH est de **0.222** pour une moyenne sur le département de 0.194.

Le ratio IDE est de **0.055** pour une moyenne de 0.056.

## 2. Nos responsabilités

**De l'employeur** : Selon l'article L4121-1 du Code du Travail, l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de tous travailleurs de son établissement. Il est tenu également de prévenir et d'agir contre la maltraitance conformément à l'article 121-2 du Code pénal et de mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour le plus haut niveau de sécurité possible aux résidents eux-mêmes dans la limite de l'exercice de leur liberté.

**De la Direction** : Le directeur représente l'employeur dans le cadre des attributions et conditions définis dans la délégation de pouvoir. Il assume alors la responsabilité des décisions prises dans les domaines visés et celle découlant de tout défaut de respect de la réglementation.

**Du médecin coordonnateur**: Il assure l'encadrement médical de l'équipe soignante (décret N° 2011-1047 du 2 septembre 2011, article D312-158 du CASF).

**Des professionnels tenus au secret professionnel** : Les personnes dépositaires de l'information secrète sont les personnes en raison de leur état, les professions particulières (médecin, aides-soignants quand ils collaborent avec l'infirmière) et les personnes exerçant une fonction ou une mission temporaire (aide sociale, protection maternelle et infantile, personne prenant connaissance du registre d'entrée et sortie des personnes).

**De l'ensemble des professionnels** : Tout salarié exerce son travail dans le cadre de ses compétences (fiche de poste) et de sa qualification. Il respecte le droit du travail et les règles définis par son employeur dans le contrat de travail et le règlement intérieur

---

<sup>5</sup> Le taux d'encadrement se calcule en divisant le nombre d'ETP par le nombre de résidents :  $57.86/92=0.628$



Nos Atouts	Les objectifs que nous nous fixons
<p>Une <b>équipe pluridisciplinaire</b> constituée</p> <p>Un <b>dialogue social</b> instauré par la mise en place de DP et de réunions mensuelles</p> <p><b>Entretien Individuel</b> en place</p> <p><b>Plan de formation en place</b> et bon relationnel avec l'OPCA</p> <p>Un programme de <b>formation en interne</b> est réalisé au fil de l'année.</p> <p><b>Une organisation du travail structurée</b> : un organigramme, des fiches de postes et de tâches pour chaque salarié. Le rôle de chacun est maintenant clairement identifié, au sein de la structure.</p> <p><b>Des investissements</b> faits au fil de l'eau pour soulager le travail physique des soignants</p> <p>Mise en place <b>d'une réunion pour l'équipe de nuit trimestrielle</b> afin de prévenir leur isolement et de les intégrer totalement au projet d'établissement.</p>	<p><b>Accueil et intégration du nouveau personnel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• livret d'accueil à rédiger</li> <li>• référent salarié-tuteur</li> <li>• formalisation d'un entretien dans le mois d'arrivée avec la cadre ou la direction</li> </ul> <p><b>Former le personnel sur les aspects difficiles des métiers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de formation 2017</li> <li>• Analyse de la pratique, tous les mois. <i>L'analyse de la pratique consiste à étudier des situations concrètes, à les décortiquer afin d'aider les professionnels à prendre de la distance, à réfléchir sur leur propre pratique.</i></li> </ul> <p><b>Les conditions de travail et la prévention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration du DUERP fin 2016</li> <li>• Systématiser la mise à jour du DUERP de façon annuelle</li> <li>• Le soutien psychologique des équipes : groupe de paroles, tous les trimestres. <i>Le groupe de parole est un temps de soutien un sas de décompression pour les salariés, un temps d'écoute dont ils ont besoin.</i></li> <li>• Dans le cadre de la DUP : mise en place du CHSCT + enquête qualité de vie au travail</li> </ul> <p><b>Prévenir l'essoufflement des salariés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir la possibilité d'intégrer un autre service avant de s'essouffler</li> <li>• Pérenniser le travail en binôme</li> </ul> <p><b>La gestion des remplacements et notamment sur la période estivale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticiper les remplacements d'été : rétroplanning à mettre en place</li> <li>• Anticiper la planification des congés d'été des équipes</li> <li>• Partenariat avec les IFSI et écoles d'AS</li> </ul> <p><b>Développer l'esprit d'équipe et la cohésion</b></p> <p><b>Améliorer la communication et les transmissions d'informations au sein de l'EHPAD</b></p>

## 15. Projet qualité et de gestion des risques

### 1. L'organisation de la démarche qualité

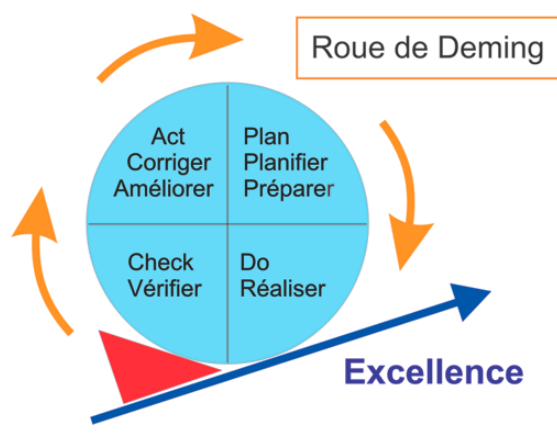
#### Les enjeux

Introduite par l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la démarche d'amélioration continue de la qualité fait aujourd'hui partie des orientations politiques et stratégiques des EHPAD.

Inscrite dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, puis relancée par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; la mise en œuvre de la démarche qualité dans les EHPAD est aujourd'hui incontournable.

Soucieux de répondre aux obligations réglementaires mais également parce qu'il est convaincu que l'avenir de l'établissement et le bien-être de ses résidents dépend de sa capacité à mener une réflexion de fond et à améliorer constamment ses pratiques, la résidence les Vergers s'est engagée dans une réelle démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations qu'il fournit à ses résidents.

La démarche qualité mise en œuvre dans l'établissement se base sur la « méthode de gestion de la qualité PDCA » (Plan-Do-Check-Act) illustrée par la « roue de Deming ». Sa mise en place doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité du service.



La méthode comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre, et vise à établir un cercle vertueux :

- **Plan** : Préparer, planifier (ce que l'on va réaliser) : Un plan d'actions est alors réalisé de façon à planifier l'atteinte des objectifs fixés et de créer des indicateurs de mesure.
- **Do** : Développer, réaliser, mettre en œuvre : Chacun des responsables a en charge la mise en œuvre d'un plan d'actions au sein du pôle dont il a la charge.

- **Check** : Contrôler, vérifier : La mise en œuvre du plan d'action est vérifiée mensuellement lors de la réunion du comité de pilotage qualité
- **Act** : Agir, ajuster, réagir : Cette étape amènera un nouveau projet à réaliser, donc une nouvelle planification à établir. Ce sera par conséquent le début d'un nouveau cycle.

Les acteurs de la démarche sont dans un premier temps les membres du comité de pilotage qualité (la directrice, le médecin coordonnateur, l'IDEC et la psychologue)

Son rôle consiste à :

- Définir et mettre en œuvre la politique qualité de l'établissement ;
- Définir et planifier les objectifs généraux et les actions associées et d'en assurer le suivi ;
- D'organiser la communication sur la démarche.

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en place d'une démarche qualité construite et efficiente dans l'établissement est l'une des priorités de l'établissement depuis 2014.</li> <li>- Pour cela, un certain nombre de moyens ont d'ores et déjà été déployé (recours à un consultant extérieur, acquisition d'un logiciel permettant de structurer et de suivre la démarche).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Association de l'ensemble du personnel à la mise en œuvre de la démarche qualité</li> </ul>

## 2. La gestion documentaire

### Les enjeux

Un système documentaire est un ensemble structuré et organisé de documents de natures différentes.

Une gestion documentaire efficace permet de :

- Formaliser par écrit les règles de fonctionnement et les pratiques professionnelles.
- Sauvegarder le savoir-faire.
- Harmoniser les pratiques entre les différents acteurs réalisant entièrement ou partiellement une même tâche ou activité.
- Rendre l'information accessible.
- S'assurer que l'information est valide et d'actualité.
- Prévenir les risques et les dysfonctionnements.
- Tracer tous résultats, toutes communications et toutes décisions.
- Former les nouveaux arrivants.

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans la continuité de la mise en place de la démarche qualité, l'établissement s'est engagé dans une démarche de formalisation de ses pratiques.</li> <li>- Les procédures et protocoles sont en cours de rédaction, avec une mise à disposition et une diffusion à l'ensemble des professionnels concernés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la formalisation des procédures</li> <li>- Réorganiser la mise à disposition des documents</li> <li>- S'assurer de la connaissance des documents par l'ensemble des professionnels concernés</li> </ul>

### 3. La gestion des risques a priori et a posteriori

#### Les enjeux

La gestion du risque en EHPAD est l'une des dix priorités de gestion du risque fixées par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS).

La démarche de gestion des risques nécessite de :

- mettre en place une réflexion pluridisciplinaire afin d'intégrer la notion de prévention au quotidien des pratiques professionnels
- repérer et d'identifier les risques d'événements indésirables, d'une part ceux qui pourraient se produire (c'est l'approche dite a priori), et d'autre part ceux qui se sont déjà produits (c'est l'approche dite a posteriori ou réactive).
- Analyser et évaluer ces risques afin d'en rechercher leurs causes latentes
- Traiter les causes et mettre en place des actions de prévention afin d'empêcher la survenue des événements indésirables redoutés ou à défaut d'en limiter leurs conséquences.
- assurer le suivi de la démarche et assurer un partage entre professionnels des enseignements tirés

<i>Nos atouts</i>	<i>Les objectifs que nous nous fixons</i>
<p>Concernant la gestion des risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'établissement a acquis les outils nécessaires à la bonne gestion des risques.</li> </ul> <p>Concernant les risques a posteriori :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une charte de non punition et d'incitation à la déclaration a été rédigée afin de mobiliser les équipes sur la question des événements indésirables</li> <li>- Formation interne du personnel</li> </ul> <p>Concernant la gestion des risques a priori :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SSIAP 1</li> <li>- DUERP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir l'organisation et la formalisation des processus de gestion des risques a priori et a posteriori</li> <li>- Mobiliser les équipes</li> <li>- Création d'un CHSCT</li> </ul>

#### **4. Disposition de suivi, d'actualisation et de révision du projet d'établissement**

Aux termes de l'article L311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de 5 ans.

Une actualisation est possible de façon annuelle par le comité de pilotage qualité au vu des éléments qui ont pu être mis en exergue lors du bilan annuel de la démarche qualité

Toute modification est présentée au Conseil de la Vie Sociale (CVS).

##### **1. Actualisation du projet d'établissement**

L'actualisation consiste alors à :

- intégrer dans les éléments descriptifs les évolutions constatées ;
- revoir les objectifs généraux d'amélioration en fonction des contraintes et des opportunités qui se présentent, des évolutions constatées dans le plan d'action

##### **2. Révision du projet d'établissement**

Une véritable révision du projet d'établissement est alors planifiée à l'échéance du projet. Cette révision est réalisée suite à une autoévaluation via la constitution de groupe de travail sur la base du référentiel qualité qui amènera à la formalisation du projet et la détermination des objectifs et des actions associées.

## I. Liste des sigles utilisés

AES : Accident avec Exposition au Sang

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-ressources

ALD : Affection de Longue Durée

AMP : Aide Médico Psychologique

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

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Soins Hospitaliers

BMR : Bactérie Multi-Résistante aux antibiotiques

CA : Conseil d'Administration

CANTOU : Centres d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CEPA : Coopérer Entreprendre Promouvoir Accompagner

CH : Centre Hospitalier

CHSCT : Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail

CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition

CLIC : Centre local d'Information et de Coordination gérontologique

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CODEM : Comité d'Observation de la Dépendance et de la Médiation

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DARI : Document d'Analyse du Risque Infectieux

DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

DUP : Délégation Unique du Personnel

ECPA : Évaluation Comportementale de la douleur chez la Personne Agée

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Équivalent Temps Plein

EVS : Échelle Verbale Simple

GDS : Geriatric Depression Scale

GIR : Groupe Iso Ressource

GMP : Gir Moyen Pondéré

HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Soins Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IDEC : Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice

IFSI : Instituts de formation en Soins infirmiers et Institut de formation des aides-soignants

NPI : Inventaire Neuropsychiatrique

OPCA : Organisme Paritaire Collecteur Agréé

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PDCA : Plan-Do-Check-Act

PMP : PATHOS Moyen Pondéré

PRS : Plan Régional de Santé

RUD : Risque Urgence Dangerosité

SSIAP : Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personnes