



Résidence Retraite de l'Abbaye

Projet d'établissement 2025-2030

Validation par le Conseil d'administration le : 17 décembre 2024

Présentation au Conseil de la Vie Sociale le : 9 janvier 2025

Table des matières

LEXIQUE	4
1. PREAMBULE	5
2. CONTEXTE	6
2.1 Historique	6
2.2 Projet associatif	7
2.3 Méthodologie de travail	7
2.4 Population accueillie	8
3. ORGANISATION ET FINANCEMENT	9
3.1 Organisation	9
3.2 Financement	9
4. PROJET ARCHITECTURAL	10
4.1 Situation géographique	10
4.2 Qualité architecturale globale	10
4.2.1 Le Pôle administratif	10
4.2.2 Les lieux de vie	10
4.2.3 Les extérieurs	11
5. PROJET D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS	13
5.1 Politique d'admission	13
5.2 Projet de soins	13
5.2.1 Bientraitance	13
5.2.2 Admission du résident	15
5.2.3 Projet d'Accompagnement Personnalisé	15
5.2.4 Evaluation Gériatrique Standardisée	16
5.2.5 Circuit du médicament	16
5.2.6 Objectifs de soins	18
5.2.7 Prévention	19
5.2.8 Troubles du comportement	20
5.2.9 Prise en charge de la douleur	20
5.2.10 Accompagnement de fin de vie	20
5.2.11 Equipe de soins	22
5.2.12 Intégration dans le réseau de soins	26
6. PROJET DE SERVICE UPAD – LE CHALET	29

6.1	Présentation de l'UPAD.....	29
6.1.1	La population accueillie	29
6.1.2	Les objectifs de l'unité	29
6.1.3	Le projet de soin fondée sur une approche relationnelle limitant les traitements médicamenteux	29
6.1.4	L'équipe pluridisciplinaire.....	30
6.1.5	L'architecture de l'unité.....	31
6.2	Le fonctionnement interne de l'unité	32
6.2.1	Critères d'admission et trame d'intégration d'un nouveau résident	32
6.2.2	Critères d'exclusion et de sortie de l'unité	32
6.2.3	Les principaux outils utilisés dans l'unité.....	33
6.3	La vie quotidienne de l'unité.....	34
6.3.1	La toilette thérapeutique.....	34
6.3.2	Les repas thérapeutiques.....	34
6.3.3	Les activités thérapeutiques	34
6.3.4	Traçabilité des activités thérapeutiques et réunion d'équipe	35
6.3.5	La place de l'entourage	35
6.3.6	Les partenaires extérieurs	35
7.	PROJET DE VIE SOCIALE	36
7.1	Objectifs du projet de vie sociale	36
7.1.1	Les acteurs du projet.....	36
7.1.2	Les moyens du projet.....	37
7.1.3	Les activités thérapeutiques	37
7.1.4	Commission d'animation	38
7.1.5	Partenariats.....	38
7.1.6	Bénévoles.....	39
7.1.7	Conseil de la vie sociale	39
8.	PROJET HOTELIER.....	41
8.1	Restauration	41
8.1.1	Prestataire/équipe	41
8.1.2	Qualité/plaisir	41
8.1.3	Texture et menu adapté	41
8.1.4	Participation des résidents	42
8.1.5	Modalités des repas.....	42
8.1.6	Accueil des invités.....	42
8.2	Entretien des locaux.....	43
8.3	Entretien du linge	44

8.3.1	En interne.....	44
8.3.2	En externe.....	44
9.	RESPONSABILITE SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE.....	45
9.1	Projet social.....	45
9.2	Accueil du stagiaire et du nouveau salarié.....	45
9.2.1	Accueil.....	45
9.2.2	Evaluation.....	45
9.2.3	Accompagnement.....	45
9.3	Politique salariale.....	46
9.4	Analyse de la pratique.....	46
9.5	Qualité de vie et conditions de travail.....	46
10.	POLITIQUE DE FORMATION.....	48
10.1	Plan de formation.....	48
10.2	Evolution professionnelle.....	48
10.3	Relation avec les instituts de formation.....	48
10.4	GEIQ.....	49
11.	ENGAGEMENTS ENVIRONNEMENTAUX.....	50
12.	DEMARCHE QUALITE, SECURITE ET GESTION DES RISQUES.....	51
12.1	Suivi documentaire.....	51
12.1.1	Les différentes sources du PACQ.....	51
12.1.2	Prévention et Gestion des risques.....	51
13.	REFLEXION ETHIQUE.....	54
14.	SYSTEME D'INFORMATION.....	55
15.	SYNTHESE.....	56
16.	ANNEXES.....	58

LEXIQUE

AS : Aide-Soignante

ASG : Assistant en soins Gériatriques

ASH : Agent des Services Hospitalier

CEFRAS : Centre de Formation et de Recherche à la Relation d'Aide et de Soins

CODIR : Comité de direction

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRT : Centre de Ressources Territorial

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DAMRI : Démarche d'Analyse et de Maitrise du Risque Infectieux

EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée

EI : Evènement indésirable

FAS : Faisant fonction Aide-Soignant

GEIQ 49 : Groupement d'employeur par l'insertion et la qualification santé sociale 49

GIR : Groupe Iso Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEC : Infirmière Coordinatrice

IFAS : Institut de Formation d'aides-soignants

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

MEDEC : Médecin Coordonnateur

OPCO : Opérateur de compétence

PACQ : Plan d'Amélioration Continue de la Qualité

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PAS : Programme d'Accompagnement Spécialisé

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PDA : Préparation des Doses à Administrer

PMP : Pathos Moyen Pondéré

RDC : Rez de Chaussée

RH : Ressources humaines

RSE : Responsabilité sociale et environnementale

1. PREAMBULE

Fin 2023, après 6 ans de gestation, la Résidence Retraite de l'Abbaye concrétisait son projet de déménagement en intégrant ses nouveaux locaux au 33 rue Louis Joseph et Guite Boivin.

Le projet architectural étant achevé, il convient de faire vivre la Résidence pour et par les résidents et les salariés.

Le travail de rédaction d'un projet d'établissement est riche, celui-ci met en avant une volonté commune de bien faire au service du résident. La résidence se pense irrémédiablement comme étant un lieu de vie avant tout. Le lieu de vie des résidents autour desquels nos réflexions et réalisations doivent être centrées.

Les pratiques sont tournées vers le résident et son bien être, en témoigne la qualité de nos accompagnements de fin de vie. Cependant, celles-ci sont invisibles dans un monde porté vers la preuve et la traçabilité.

Aussi, le credo de ce projet est de poursuivre, d'améliorer et surtout de tracer. Tracer non pas pour le faire mais tracer pour être fier. Tracer pour être fier et pour mettre en valeur notre travail, le temps consacré au résident et à ses proches. Tracer pour communiquer et pour démontrer notre qualité et notre particularité.

Ce projet traduit notre volonté de remise en question constante de nos pratiques, d'adaptation autant que faire se peut aux besoins des résidents. Il traduit également l'exigence, sans laquelle rien ne peut être construit, il définit nos ambitions pour les cinq prochaines années.

Gabriel GUIBERT - Directeur

2. CONTEXTE

2.1 Historique

Créé en 1909 sous le nom d'« Hospice privé de Saint Hilaire Saint Florent » par la Congrégation Jeanne Delanoue, l'établissement fut reconnu, par la Préfecture de Maine et Loire, le 30 août 1910, comme établissement privé de bienfaisance.

En 1937 avec la rédaction de ses premiers statuts, il bénéficie de l'assistance publique et devient « Hôpital Jeanne Delanoue ».

En 1955, il prend le nom de « Maison de retraite Jeanne Delanoue ».

Suite à des travaux et à un agrandissement, la capacité d'accueil est portée à 26 places et en 1966, l'établissement est habilité à « l'aide sociale » par le Conseil Général.

Au 1er janvier 1968, pour faire face aux besoins de la population, la capacité d'accueil est portée à 38 lits puis à 50 lits grâce à la construction d'un nouveau bâtiment.

En 1978, la capacité d'accueil est portée à 60 places.

A partir de 1986 l'établissement est géré par une association Loi 1901 sous l'appellation : « Association Maison de Retraite Jeanne Delanoue ».

En 1989, une extension de 20 chambres est réalisée par la construction d'un bâtiment neuf dans le prolongement de la construction existante.

Puis en 2001, l'Association prend le nom de « Résidence Retraite l'Abbaye » (RRA).

En 2002 une ultime extension de 20 chambres est réalisée dans le prolongement des bâtiments existants. Concomitamment, une réhabilitation du bâtiment ancien du côté de la chapelle est mise en œuvre, salle d'animation, salon de coiffure, chambres mortuaires. Un troisième ascenseur est mis en service.

En mai 2005 est signée la première convention tripartite. L'établissement acquiert son statut d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes).

En 2006, il est aménagé une unité de 13 places pour personnes désorientées, sans que ce soit une unité Alzheimer reconnue.

En 2007, travaux de réhabilitation d'une partie de la résidence.

En 2017, une extension de 19 places est autorisée par l'ARS et le Conseil Départemental. Face à l'impossibilité d'adapter et d'agrandir les locaux, la décision est prise de construire un nouveau bâtiment.

En mai 2021, la première pierre du bâtiment construit par Saumur Habitat est posée.

Le 28 novembre 2023, les résidents intègrent le nouveau bâtiment.

2.2 *Projet associatif*

Aujourd'hui, l'Association « Les Maisons de l'Abbaye », dans ses racines et les valeurs humaines qui fondent l'établissement depuis ses origines :

- ✓ Favorise le respect de la personne sans discrimination quelle que soit sa condition sociale et ses convictions.
- ✓ Répond aux besoins spécifiques et multiples liés au vieillissement de la population locale.
- ✓ Encourage les liens entre les résidents et s'attache à intégrer l'établissement dans la vie de la commune de Saumur.
- ✓ Souhaite que chaque résident soit pris en compte de façon individuelle dans ses besoins, dans son histoire de vie et dans son identité.
- ✓ Accompagne les résidents jusqu'au bout de leur vie dans le respect, l'intégrité, et la dignité dus à chaque être humain.

7

Les objectifs généraux de l'Association, empreints de son histoire, sont de :

- Prendre en charge les personnes âgées dépendantes ou non.
- Permettre aux résidents de vivre agréablement ensemble dans le respect de tous et de chacun, en créant des liens sociaux qui facilitent la vie en collectivité.
- Donner aux résidents l'envie de vivre, d'agir et garder le plus longtemps leur autonomie.
- Ouvrir l'établissement sur l'extérieur afin d'enrichir les relations sociales des résidents (échanges inter générations, bénévoles, activités diverses...)
- Développer des actions qui mettent en avant les valeurs et les principes de l'association dans la mesure de ses possibilités.
- Faire en sorte que la personne accueillie soit prise en charge dans toutes ses dimensions (physique, psychologique, spirituelle) et soit accompagnée face à ses difficultés, à sa maladie et jusqu'à la fin par une écoute attentive et respectueuse, par la prise en compte de sa souffrance physique ou morale, par des services et des soins de qualité.
- Avoir un souci d'amélioration continu de la qualité du service rendu en proposant des prestations diversifiées qui permettent au résident d'avoir toujours la possibilité de faire des choix.
- Soutenir les actions du personnel dans sa mission notamment à travers le développement de ses compétences.

2.3 *Méthodologie de travail*

Le présent projet d'établissement se positionne dans la continuité du précédent en y intégrant les évolutions liées au déménagement de la structure et à l'évolution de la population accueillie, du marché du travail et des politiques publiques de santé.

Les différentes thématiques retenues ont été définies par le CODIR de l'établissement, après que les points forts et les faiblesses de la structure ont été identifiés afin de définir des actions à mettre en œuvre.

Après une première phase de travail réalisée par le CODIR, des temps de travail équipe/encadrement ont été organisés :

- Projet de vie sociale en comité animation le 21/10/2024
- Projet RSE avec le service RH le 25/10/2024
- Projet de soins avec 3 AS et 1 IDE le 28/10/2024
- Projet hôtelier avec 2 ASH le 30/10/2024

Le suivi de la mise en œuvre des actions définies sera réalisé annuellement dans le cadre du suivi de la démarche qualité de l'établissement.

La démarche de projet d'établissement comme l'ensemble de la stratégie d'établissement définit dans le projet est impulsée, coordonnée et pilotée par le directeur de la structure. Celui-ci intervient dans l'ensemble des composantes de la vie de l'établissement directement, ou indirectement à travers le management de l'encadrement intermédiaire et le suivi des objectifs et plan d'action de la structure.

8

2.4 Population accueillie

La Résidence Retraite l'Abbaye accueille des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans relevant d'un GIR 1 à 4 et par exception des GIR 5 et 6.

Au 1^{er} décembre 2024, le GMP validé est de 747 et le PMP de 195 pour un âge moyen de 89 ans. Les personnes en GIR 1/2 représentent 67% des résidents, 33% pour les personnes en GIR 3/4.

Par ailleurs, 71.4% des résidents sont déments et 41% sont déambulants.

Dès lors, les orientations et objectifs de l'établissement devront prendre en compte les besoins et attentes des résidents présentant ces pathologies.

3. ORGANISATION ET FINANCEMENT

3.1 Organisation

L'organisation de l'EHPAD est formalisée autour de trois « pôles » :

- L'administration
- L'accompagnement des résidents
- La maintenance technique

Le pôle administratif est composé de 4 personnes :

- Le directeur qui assure la direction et la gestion de l'établissement sur les volets, sécurité, ressources humaines et financiers
- Une comptable qui assure la comptabilité la facturation et la paye
- Une assistante de direction en charge des ressources humaines
- Un agent d'accueil en charge de l'accueil physique et téléphonique

Le pôle accompagnement est composé de l'ensemble des professionnels évoqué dans les chapitres relatifs au projet de soins et d'accompagnement et au projet hôtelier.

Le pôle maintenance est composé d'un agent technique qui assure le suivi, l'entretien et la maintenance du bâtiment et de ses équipements.

3.2 Financement

La tarification des prestations se décompose en trois groupes : hébergement, dépendance et soins. Ces groupes correspondent à trois tarifs et reflètent les composantes de la prise en charge gériatrique en institution.

Les tarifs sont fixés dans le cadre d'un arrêté annuel par le président du Conseil Départemental du Maine et Loire, pour le tarif hébergement, et par l'Agence Régionale de Santé pour les dotations dépendance et soins.

- La partie « **hébergement** » englobe les prestations d'administration générale, les prestations d'hôtellerie, de restauration, de blanchisserie et d'animation de la vie sociale de l'établissement.

Les frais annexes éventuels (téléphone, coiffeur, frais médicaux non remboursables, etc.) y sont ajoutés. L'ensemble est intégralement à la charge du résident.

- La partie « **dépendance** » comprend les prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

L'établissement a passé une convention avec le Département de Maine et Loire afin que cette allocation lui soit versée directement. En conséquence, celle-ci n'est pas facturée au résident sauf la participation GIR 5 et 6 qui est facturée en sus du tarif hébergement.

- La partie « **soins** » comprend les prestations médicales et paramédicales.

Sous certaines conditions de ressources, il est possible de bénéficier de l'Aide personnalisée au logement.

Il est possible également de faire appel à l'Aide Sociale du Département (avec recours sur succession).

RESIDENCE RETRAITE L'ABBAYE – 33, rue Louis Joseph et Guite Boivin - 49 400 SAINT-HILAIRE-SAINT-FLORENT - Tél. 02.41.50 12.01

4. PROJET ARCHITECTURAL

4.1 Situation géographique

La Résidence Retraite l'Abbaye est située à Saint Hilaire Saint Florent, commune déléguée de la ville de Saumur. Elle se situe dans la zone des Aubrières sur le coteau surplombant la ville de Saumur.

Au sein d'un lotissement, elle donne sur les hauteurs de Saint Hilaire Saint Florent et est à proximité immédiate d'un cabinet médical.

4.2 Qualité architecturale globale

Le bâtiment est le fruit de la collaboration entre le cabinet d'architecte SABH et l'architecte Thomas VAJDA, spécialisé dans la construction d'EHPAD. Dès sa conception, celui-ci a fait l'objet de réflexion sur ses qualités énergétiques et écologiques. Aussi, le bâtiment répond à la norme RT 2012 améliorée de 30% et a été construit en bois ecogéré.

Dans sa conception, le bâtiment a été pensé afin de faciliter la déambulation tout en des boucles de déambulation pour les personnes présentant des troubles du comportement.

Son architecture sur deux niveaux permet de limiter les transferts et de multiplier les espaces de convivialité. Ses deux ailes, englobent un jardin adapté à la déambulation entièrement accessible aux résidents.

4.2.1 Le Pôle administratif

Le pôle administratif, situé au rez-de-chaussée, accueille les bureaux des personnels administratifs et de l'encadrement, ainsi qu'un espace de reprographie, la salle du conseil d'administration et la salle de transmission.

S'y trouve également un salon pour accueillir les familles et les résidents lors des entretiens d'admissions et des visites à 30 jours après l'admission.

4.2.2 Les lieux de vie

Différents lieux de vie à destination des résidents et des visiteurs sont entièrement accessibles et disponibles

❖ *Hall d'accueil*

Le hall d'accueil est composé d'un sas d'entrée et d'un vaste salon à disposition des familles et des résidents. Il offre une perspective sur les deux ailes du bâtiment qui encadrent un jardin.

Depuis le hall d'accueil se fait l'accès à l'UPAD, à 14 chambres d'EHPAD, à la salle de culte et au salon de coiffure au rez-de-chaussée. L'étage est desservi par deux ascenseurs et un escalier.

Le bureau d'accueil est ouvert du lundi au vendredi. L'agent y assure l'accueil physique et téléphonique des personnes.

❖ *Salle d'animation*

La salle d'animation occupe une position centrale au sein de l'établissement. Située au premier étage face au restaurant de la Loire, elle est au carrefour des deux ailes d'habitation.

Cet espace modulaire est aussi bien équipé pour être un espace de détente, de lecture et de convivialité, notamment par ses deux salons, que pour être un espace d'activité avec ses tables et ses chaises.

Sa paroi mobile permet d'en faire un espace ouvert ou fermé selon le besoin. Elle est rafraichie afin de proposer la température la plus adaptée possible aux résidents.

❖ *Salle de restaurant*

La salle de restaurant, appelée le restaurant de la Loire, est située au carrefour des ailes d'habitations. Spacieuse et lumineuse, elle s'ouvre, via ses baies vitrées et sa terrasse sur les deux ailes du bâtiment et le jardin en contre bas.

Couplée à la salle d'animation, elle permet l'organisation de repas accueillant jusqu'à 180 convives.

En annexe au restaurant de la Loire, le bistrot de la Loire permet aux résidents qui le souhaitent, sur réservation, d'accueillir jusqu'à 9 personnes à déjeuner.

❖ *Salons*

L'étage dispose de quatre salons en libre accès pour les résidents et les visiteurs. Chaque salon est climatisé.

❖ *Salle de culte*

La salle de culte située au RDC dispose d'un autel amovible. Elle sert également de salle d'activité pour l'accompagnement d'un groupe de résidents sur la base d'activités de type PASA. Cette pièce est climatisée.

❖ *Salon de coiffure*

Le salon de coiffure est mis à disposition des coiffeurs des résidents sur réservation auprès de l'agent d'accueil.

❖ *Chambres*

Les chambres mesurent 21m² et sont adaptées à la perte d'autonomie. Chacune d'entre elle est livrée avec un lit médicalisé et un adaptable, les résidents personnalisant leur chambre avec leurs meubles.

Chaque chambre est équipée d'une salle de bain adaptée, avec WC, douche, lavabo et sèche serviette.

L'ensemble des chambres EHPAD sont équipés de rails plafonniers.

L'établissement dispose de 6 chambres communicantes pour l'accueil des couples.

4.2.3 Les extérieurs

Les espaces extérieurs sont adaptés à la déambulation des résidents et visent à la stimulation des sens.

❖ *Terrasses*

Les terrasses sont aménagées de façon à permettre le libre accès des résidents et des visiteurs.

❖ *Jardins*

Les jardins sont aménagés de chemin de déambulation afin de permettre le libre accès sécurisé des résidents.

Forces et opportunités :

- ✓ Bâtiment neuf et adapté
- ✓ Parc adapté aux résidents
- ✓ Salons climatisés
- ✓ Salle d'animation ouverte et modulable

Axes d'améliorations :

- ✓ Favoriser l'appropriation des lieux par les résidents : utilisation du salon de lecture et du coin presse, salon de thé le soir.
- ✓ Améliorer l'accessibilité : relancer la mairie sur la mise en place du jalonnement

5. PROJET D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS

5.1 Politique d'admission

La Résidence Retraite l'Abbaye est autorisée pour accueillir 84 habitants dont 14 en UPAD.

Les personnes accueillies sont en situation de perte d'autonomie traduite par un GIR compris entre un et quatre. Par exception, et dans le cadre d'un accueil de couple, le conjoint d'une personne dépendante, relevant d'un GIR cinq-six peut également être admis.

Par ailleurs, dans une optique de maintien des liens sociaux, et des habitudes de vie, l'établissement accueille prioritairement des habitants de Saumur et des environs, ou bien des personnes dont les proches sont situés à Saumur ou les environs, dans le cadre d'un rapprochement familial.

13

5.2 Projet de soins

5.2.1 Bienveillance

La promotion de la bienveillance au sein de la résidence vise à garantir le bien-être et le respect des résidents, en leur assurant un accompagnement de qualité, centré sur leurs besoins, leurs préférences et leur dignité.

Nous insistons sur le respect fondamental des droits des résidents, notamment leur droit à la vie privée, à la liberté, à la sécurité, et à la prise de décision autonome dans la mesure du possible.

Chaque résident est considéré comme une personne unique avec des besoins spécifiques. Les soins et l'accompagnement sont adaptés à chaque individu, en prenant en compte son histoire, ses préférences, ses habitudes de vie, et ses valeurs.

L'équipe encourage la participation active des résidents et de leur famille dans la prise de décision concernant leur propre accompagnement. Elle favorise également la communication ouverte et la collaboration entre les résidents, leur famille et le personnel de l'EHPAD.

❖ *Charte bienveillance*

Il est essentiel que le personnel de l'EHPAD soit formé et sensibilisé aux principes et aux pratiques de la bienveillance. Cela inclut la formation sur la communication empathique, la gestion des situations difficiles, la reconnaissance des signes de maltraitance et la promotion du respect des droits des résidents et cela à travers diverses actions, comme par exemple la co-construction d'une charte Bienveillance, sous la direction de la psychologue et de l'infirmière coordinatrice, qui au cours de 7 groupes de travail, repartis sur un an, ont rédigé une charte relative à la promotion de la bienveillance qui porte sur des points prioritaires :

- ✓ L'attitude professionnelle
- ✓ La liberté de choix et de décision du résident
- ✓ Le respect de la dignité et de l'intimité
- ✓ La prise en charge de la douleur
- ✓ L'accompagnement de fin de vie
- ✓ L'amélioration continue des prestations

Elle est entièrement disponible en pièce jointe.

❖ *Promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance*

La promotion de la Bientraitance comprend des mesures de prévention et de détection de la maltraitance (cf. protocole), qu'elle soit physique, psychologique ou autre. Cela implique la mise en place de procédures de signalement, de mécanismes de contrôle de qualité et de suivi régulier des pratiques (audit interne).

Les modalités de signalement et de suivi sont disponibles dans le protocole en annexe.

La bientraitance n'est pas un objectif statique, mais un processus continu d'amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement. Le projet de bientraitance inclut donc des mécanismes d'évaluation et de retour d'expérience, permettant d'identifier les points forts et les axes d'amélioration (autotest).

❖ *Liberté d'aller et venir*

La liberté d'aller et venir et le droit au choix et au risque des résidents est un axe d'accompagnement prioritaire de l'établissement.

Aussi, tous les résidents sont libres d'aller et venir dans la structure et au dehors, dans la limite de leur capacité à réaliser le code d'accès à la résidence, et ce dans l'optique de contrôler la déambulation excessive des personnes ayant des troubles du comportements.

Par ailleurs, la chambre du résident étant l'extension de son domicile, il n'y a pas d'horaire de visite dans l'établissement. Le résident est libre d'accepter ou non les visiteurs.

La mise en place de mesure de contention est réalisée en derniers recours après avis de l'équipe pluridisciplinaire, et sur prescription médicale, dans le respect du choix du résident ou de son représentant. Celle-ci entraîne la mise en place d'une annexe spécifique au contrat de séjour.

❖ *Relation accordée*

L'établissement met en place la relation accordée, qui est une approche de la bientraitance en trois phases :

- ✓ Être bientraitant avec soi même
- ✓ Être bientraitant envers ses collègues
- ✓ Être bientraitant avec les résidents, notamment les résidents ayant des troubles du comportements.

Cette formation passe par la transmission d'outils de centrage et de professionnalisation aux salariés, ainsi que par la transmission de réflexion éthique centrée sur le postulat que les résidents ont des capacités à mobiliser et qu'il appartient aux professionnels de mettre en œuvre les outils, notamment de communication, pour les mobiliser.

En résumé, le projet de bientraitance au sein d'un EHPAD vise à créer un environnement où les résidents se sentent respectés, écoutés et soutenus dans leur bien-être physique, émotionnel et social, tout en garantissant leur sécurité et leur autonomie dans la mesure du possible.

5.2.2 Admission du résident

❖ *Préadmission*

Une visite de pré-admission d'EHPAD est une étape importante dans le processus d'admission d'un résident potentiel. Cette visite permet à la personne âgée et à ses proches de se familiariser avec l'EHPAD et d'obtenir des informations essentielles sur l'établissement avant de prendre une décision d'admission.

La visite de pré-admission est réalisée par l'IDEC et/ou la psychologue soit à la résidence directement soit sur le lieu de vie de la personne (domicile, hôpital etc.). Les professionnels de l'EHPAD évaluent et discutent avec les futurs résidents et leurs proches de leurs besoins spécifiques en matière de soins et d'accompagnement. Cela peut inclure des questions sur les préférences alimentaires, les besoins médicaux, les activités sociales et les intérêts personnels. La visite de pré-admission est également l'occasion pour les futurs résidents et leurs proches de poser toutes les questions qu'ils peuvent avoir sur l'établissement, ses services, ses politiques et ses procédures.

❖ *Rencontre à l'EHPAD*

Si la visite de pré-admission conclut à la possibilité d'accueillir la personne en EHPAD, avec son consentement, une rencontre est organisée sur site avec le directeur ou l'infirmière coordinatrice. Elle permet de prendre connaissance du fonctionnement de l'établissement, de parcourir des locaux et notamment le futur logement afin d'anticiper son aménagement et de commencer le remplissage du dossier d'admission.

Cette rencontre d'une durée d'une heure et demie à deux heures vise à répondre aux questionnements du résident et de ses proches afin de créer un climat de confiance propice à la bonne adaptation du résident.

5.2.3 Projet d'Accompagnement Personnalisé

Les projets d'accompagnement personnalisé ont pour objectif principal d'assurer un accompagnement individualisé et adapté aux besoins spécifiques de chaque résident. Voici quelques-uns des objectifs clés des PAP :

- ✓ **Respect de la dignité et de l'autonomie** : Les projets d'accompagnement personnalisé visent à respecter la dignité et l'autonomie de chaque résident en reconnaissant et en valorisant ses préférences, ses choix de vie et ses habitudes.
- ✓ **Amélioration de la qualité de vie** : En prenant en compte les besoins, les désirs et les intérêts individuels de chaque résident, ces projets visent à améliorer sa qualité de vie en lui offrant des activités et des services qui correspondent à ses attentes et à ses aspirations.
- ✓ **Prévention de l'isolement social** : En proposant des activités et des interactions adaptées à chaque résident, les projets d'accompagnement personnalisé contribuent à prévenir l'isolement social en favorisant les échanges et les liens sociaux au sein de l'EHPAD.
- ✓ **Promotion du bien-être physique et mental** : Les activités proposées dans le cadre de ces projets sont souvent conçues pour stimuler tant le corps que l'esprit, contribuant ainsi au maintien du bien-être physique et mental des résidents.

- ✓ **Satisfaction des besoins spécifiques** : Les projets d'accompagnement personnalisé permettent de répondre de manière adéquate aux besoins spécifiques de chaque résident, qu'ils soient d'ordre médical, psychologique, social ou affectif.
- ✓ **Implication des résidents et de leur entourage** : Ces projets encouragent l'implication active des résidents et de leur famille dans la définition des objectifs et des activités à mettre en place, favorisant ainsi leur participation et leur satisfaction.
- ✓ **Évaluation et ajustement continus** : En suivant régulièrement l'évolution des besoins et des préférences de chaque résident, les projets d'accompagnement personnalisé permettent d'ajuster les interventions et les activités proposées afin de garantir leur pertinence et leur efficacité.

Les objectifs sont définis et proposés aux résidents et sa famille par l'équipe soignante suite à un temps d'échange et de recueil de donnée qui a lieu dans les deux mois suivant l'admission. Le PAP est révisé à minima une fois par an.

En résumé, les projets d'accompagnement personnalisé ont pour objectif de garantir un accompagnement respectueux, adapté et individualisé, permettant ainsi à chaque résident de vivre pleinement sa vie dans le cadre de l'établissement.

5.2.4 Evaluation Gériatrique Standardisée

Dans un objectif d'amélioration de l'accompagnement, l'EHPAD souhaite mettre en place l'évaluation gériatrique standardisée.

L'EGS est faite dans le mois suivant l'entrée du résident. Elle permet une évaluation globale du résident.

Le médecin coordonnateur, reprend le suivi médical (antécédents médicaux et chirurgicaux, vaccination, traitements). Il fait le lien avec le médecin traitant.

L'IDEC procède à l'évaluation gériatrique standardisée en s'appuyant sur les outils d'évaluation retenus par l'établissement pour mettre en place un plan de soins personnalisé.

La psychologue évalue les capacités cognitives et le profil psychologique du résident et commence à aborder les directives anticipées. Puis un échange entre le résident et/ou ses proches à lieu. Cette consultation est un temps d'échange privilégié avec le résident,

En résumé la consultation longue permet d'évaluer l'état de santé du résident, de prévenir certains risques, de personnaliser l'accompagnement

Cette EGS aboutit à la rédaction par le MEDEC d'une synthèse du bilan gériatrique tracée dans le logiciel de soin.

5.2.5 Circuit du médicament

❖ *Politique sur les antibiotiques*

La résistance aux antibiotiques est un enjeu majeur de santé publique et notamment en EHPAD. Les équipes, et en priorité les infirmières y sont sensibilisées.

Dans l'établissement un focus est fait sur la prise en charge des infections urinaires. Un premier contact a notamment été pris avec le centre régional en antibiothérapie des Pays de la Loire afin d'intégrer le programme Antib'EHPAD.

La résidence souhaite intégrer ce programme pour continuer à former les équipes sur le bon usage des antibiotiques, et pour lutter contre l'antibiorésistance.

❖ *Prévention des risques iatrogéniques*

Les résidents comme toutes les personnes âgées sont particulièrement exposés à un risque d'iatrogénie lié aux polyopathologies et à la multiplication des intervenants médicaux.

Pour éviter ce risque, nous avons mis en place une organisation, incluant plusieurs outils.

Lors de chaque entrée, le médecin coordonnateur, saisit les informations médicales dans le logiciel de soin, ce qui lui permet de vérifier notamment les ordonnances et les risques d'effets indésirables. Le logiciel de soin possède un module informant les prescripteurs et l'équipe IDE des risques iatrogéniques, et des points de vigilances. La pharmacie a accès au logiciel de soin, et analyse les prescriptions. La communication entre pharmacie et les infirmières est facilitée par l'utilisation du logiciel netsoins afin de faire remonter les incohérences.

La dispensation est nominative en PDA et préparée par la Pharmacie.

L'administration du traitement est faite selon la prescription informatisée. Les infirmières sont sensibilisées par le médecin coordonnateur, aux signes d'iatrogénie médicamenteuse et à l'obligation de la traçabilité dans le dossier.

Une liste des vigilances liée aux fortes chaleurs est faite et mise à jour chaque année par le médecin coordonnateur à destination des infirmières et médecins traitants.

Le médecin coordinateur a fourni une liste des médicaments sécables écrasables et mélangeables. Il est prévu avec le pharmacien d'actualiser le livret thérapeutique et d'inclure une liste des thérapeutiques broyables ou sécables.

Ces listes regroupent les traitements adaptés aux personnes âgées, la bonne posologie et la forme suivant les pathologies, permettant la diminution du risque iatrogénique.

❖ *Sécurisation*

Les traitements sont préparés par la pharmacie de ville, et livré en sachet sécurisé qui font l'objet d'une vérification par l'infirmière.

Il est également spécifié dans le logiciel de soin, pour chaque résident le mode d'administration, et le degré de vigilance suivant le niveau d'autonomie du résident.

L'autodiagnostic du circuit du médicament a été réalisé par l'IDEC en 2021 à la suite de la création du protocole de circuit du médicament, l'objectif est de le réaliser chaque année. Celui-ci nous permettra de réactualiser les pratiques, former les équipes, et adapter l'organisation en fonction des besoins des résidents et des équipes.

❖ *Convention avec la Pharmacie*

Une convention avec une officine de ville est signée et a été transmise aux autorités de tutelles et de tarification.

5.2.6 Objectifs de soins

❖ *Maintien autonomie*

L'objectif de soin principal concerne le maintien de l'autonomie des résidents, c'est à dire de favoriser leur capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne de manière autonome et satisfaisante dans la mesure du possible.

Il est essentiel de réaliser une évaluation initiale, la plus complète possible, de chaque résident dès son admission pour déterminer son niveau d'autonomie dans les différentes activités de la vie quotidienne (GIR). Cette évaluation doit être régulièrement révisée pour suivre l'évolution des besoins et des capacités du résident.

Sur la base de cette évaluation, un plan de soins individualisé est établi, mettant en avant les interventions spécifiques visant à maintenir ou à améliorer l'autonomie du résident. Ce plan peut inclure des objectifs à court et à long terme. Les professionnels de santé et le personnel de l'EHPAD sont encouragés à soutenir et à stimuler les résidents à réaliser autant d'activités qu'ils peuvent de manière autonome. Cela inclut des tâches telles que se laver, s'habiller, se déplacer dans les espaces communs, etc.

En résumé, l'objectif de soin concernant le maintien de l'autonomie est d'adopter une approche globale et personnalisée, visant à soutenir les résidents dans leur capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne de manière autonome et satisfaisante, tout en leur offrant un environnement sécurisé et stimulant.

❖ *Respect des habitudes de vie du résident*

L'entrée en EHPAD est un bouleversement dans la vie des résidents, l'équipe est vigilante à respecter les habitudes de vie des résidents afin de faciliter l'entrée, tout en conciliant la vie en collectivité.

Lors de la préadmission, l'IDEC et/ou la psychologue, se renseigne sur les habitudes de vie du résident, puis le résident et/ou sa famille complète et nous transmet le recueil de données (accessible à l'ensemble de l'équipe), avant l'entrée du résident. Grace aux différentes informations, l'IDEC ou la psychologue, fait une transmission d'entrée afin que l'ensemble de l'équipe connaisse les habitudes du résident. L'équipe pluridisciplinaire, met également à jour le plan de soin, et l'IDEC programme le moment des soins, au plus proche des habitudes.

Les envies et besoins du résident évoluant, le plan de soin est mis à jour dès que nécessaire et autant que de besoin.

❖ *Gestion de l'incontinence*

L'incontinence affecte la qualité de vie de la personne âgée. Une commission composée des membres volontaires de l'équipes (IDE, AS, FAS) a été mise en place. Cette commission vise à accompagner le résident de façon globale et adaptée sur les questions liées à l'incontinence, notamment dans l'évaluation et la mise en place des protections les plus adaptées.

Cette commission a aussi une mission de prévention et de formation auprès de l'ensemble des professionnels, notamment sur les enjeux liés à la gestion de l'incontinence que ce soit d'un point de vue médical ou paramédical.

La commission travaille en étroite collaboration avec le fournisseur, qui réalise, notamment des audits d'évaluation des bonnes pratiques professionnelles et des formations.

❖ *Constipation*

Pour la prévention de la constipation des résidents un travail est effectué par l'ensemble des équipes : l'accompagnement aux toilettes, l'activité physique (stimulation à la marche), la stimulation à l'hydratation. Tous ces suivis sont intégrés au plan de soin.

Les infirmières font un suivi des selles quotidiennement et adaptent les mesures diététiques si nécessaire.

L'objectif est de continuer à travailler avec le chef cuisinier pour adapter les repas.

5.2.7 Prévention

❖ *Prévention des chutes et contention*

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mené une réflexion approfondie sur l'amélioration des pratiques et la réduction de l'utilisation des contentions dans les services accueillant des personnes âgées. Elles se caractérisent par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

Les contentions sont prescrites par le médecin traitant et à défaut par le médecin coordonnateur et sont réévaluées à périodicité définie lors de la prescription.

Une commission chute et contention se réunit mensuellement pour faire le point sur ces problématiques.

❖ *Prévention de la dénutrition et déshydratation*

Le suivi du poids est fait mensuellement (intégré dans le plan de soin). Toute perte de poids importante fait l'objet d'un suivi personnalisé et d'un signalement au médecin traitant. A la demande des infirmières et/ou des médecins un suivi alimentaire est mis en place. Un protocole doit être établi en intégrant également le suivi biologique, alimentaire (texture) et bucco-dentaire.

Un protocole d'hydratation est intégré dans le plan de soin de chaque résident. L'objectif, est de stimuler les résidents à boire 1l d'eau pure par jour. En période de canicule le suivi est renforcé.

❖ *Prevention bucco-dentaire*

Les pathologies bucco-dentaires sont facteurs de dépendances, de malnutrition et de dénutrition, d'isolement, de douleurs... C'est pourquoi, nous souhaitons développer la prévention bucco-dentaire en sein de la résidence.

A l'entrée du résident le suivi de l'hygiène buccodentaire est intégré au plan de soin suivant les habitudes de vie.

L'objectif est de former les équipes de soins aux différentes pratiques hygiène bucco-dentaire, de formaliser les pratiques et d'avoir un référent.

❖ *Prévention des escarres*

Matelas adaptés, suivi nutrition, Braden

La prévention des escarres est une priorité pour l'établissement. Chaque résident dort sur un matelas prévention classe III. L'équipe soignante effectue des changements de positions pour les résidents à mobilité limitée (suivi dans le plan de soin), l'équipe veille à la bonne hydratation et alimentation des résidents, et est attentive à l'état cutané lors de soins.

Devant l'aggravation de l'un des critères les infirmières font une évaluation Braden, et suivant le résultat, renforcent la mise en place de soins préventifs et installent si besoin un matelas à air.

5.2.8 Troubles du comportement

Le Programme d'Accompagnement Spécialisé est une pièce au sein de laquelle est organisée et proposée durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques collectives aux résidents de l'EHPAD.

Le programme d'activités est élaboré par un psychologue en collaboration avec les autres professionnels (IDEC, IDE, ASG, AS).

Ce pôle sera ouvert 5 jours sur 7, du lundi au vendredi de 10h45 à 16h.

Il accueillera, selon les besoins des personnes, 8 résidents de l'EHPAD.

Le PAS n'est pas ouvert à un recrutement extérieur.

Le programme d'activités spécifique du PAS est disponible en pièce jointe.

5.2.9 Prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur en EHPAD est un enjeu majeur avec des résidents polypathologiques, pouvant avoir des troubles du comportement. C'est pourquoi le repérage des signes de la douleur est pluridisciplinaire, tout comme l'évaluation.

Dès qu'un résident se plaint de douleur, ou qu'il manifeste un changement de comportement, l'équipe effectue une évaluation de la douleur sur une échelle adaptée (le plus souvent Algoplus) qui est intégrée au logiciel de soin.

Le médecin traitant ou le médecin Coordonnateur est alerté sur l'apparition de la douleur après examen clinique, un traitement médicamenteux ou non médicamenteux est prescrit.

5.2.10 Accompagnement de fin de vie

L'accompagnement de fin de vie en EHPAD est une démarche essentielle visant à garantir une fin de vie digne et respectueuse pour les résidents. Cet accompagnement repose sur plusieurs axes fondamentaux :

❖ *Confort Physique, Psychologique et Spirituel*

Soulagement de la douleur et de l'anxiété : Des interventions telles que celles de l'HAD (Hospitalisation à Domicile) et de l'EMSP (Équipe Mobile de Soins Palliatifs), avec lesquelles l'EHPAD a conventionné, sont mises en place pour nous aider dans la prise en charge de la douleur, l'anxiété,

l'essoufflement et d'autres symptômes inconfortables. Ces équipes spécialisées collaborent étroitement avec le personnel de l'EHPAD pour adapter les traitements aux besoins spécifiques de chaque résident.

Soins quotidiens adaptés : Des soins personnalisés et adaptés sont prodigués régulièrement pour maintenir ou améliorer le confort global du résident. L'équipe, tient compte de l'évolution de l'état de santé ainsi que des souhaits du résidents

Accompagnement psychologique : Un soutien psychologique est proposé aux résidents, mais aussi à leurs familles et aux équipes, par le biais de la psychologue de la structure et si besoin l'équipe mobile de soins palliatifs.

Accompagnement spirituel : L'établissement met à disposition une liste des représentants des différents cultes, permettant aux résidents et à leurs familles de bénéficier s'ils le souhaitent d'un accompagnement spirituel en fonction de leurs croyances.

21

❖ *Soutien aux Proches* :

Accompagnement psychologique : L'équipe de l'EHPAD, formée à la relation accordée, est en mesure d'assurer un accompagnement approprié aux proches. Les familles peuvent solliciter la psychologue de l'établissement pour les aider à traverser cette période difficile, à mieux comprendre le processus de fin de vie et à gérer leur propre souffrance.

La présence des proches est souhaitée : Si les proches souhaitent rester auprès du résident dans ses derniers moments, l'établissement facilite cette présence en proposant, lorsque cela est possible, une chambre libre ou un lit d'accompagnement. Des repas et collations sont également mis à disposition pour rendre leur séjour plus confortable.

❖ *Recueil de données dès l'admission* :

Rôle de la personne de confiance : Dès l'admission, la désignation d'une personne de confiance est une étape cruciale. Cette personne peut être consultée par l'équipe médicale ou le médecin si le résident n'est plus en mesure de s'exprimer. Elle joue un rôle clé dans la transmission des volontés du résident concernant les traitements médicaux et les actes à réaliser.

Directives anticipées : La mise en place et la prise en compte des directives anticipées assurent le respect des souhaits du résident, même lorsque celui-ci n'est plus en mesure de les exprimer. Cette démarche garantit que les décisions prises en fin de vie sont conformes à ses volontés, renforçant ainsi le respect de son autonomie. Cette pratique mérite d'être davantage développée et promue auprès des résidents et de leurs familles.

❖ *Cérémonie de Départ* :

Haie d'honneur après le décès du résident : Au moment du départ, une haie d'honneur est organisée où tous les professionnels, et les résidents qui le souhaitent, rendent un dernier hommage au résident, marquant ainsi le respect et la dignité accordés jusqu'à la fin.

L'accompagnement de fin de vie en EHPAD implique une collaboration étroite entre tous les membres des équipes, le résident et ses proches, permettant ainsi un accompagnement global.

5.2.11 Equipe de soins

❖ *Médecin Coordonnateur*

Le médecin coordonnateur a la charge de l'élaboration et du suivi du projet de soins de l'établissement, de l'évaluation médicale des résidents et de l'animation de l'équipe soignante.

Il est le garant de la qualité globale de la prise en charge et de la sécurisation des soins de chaque résident. Il coordonne une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de santé libéraux (médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) et salariés (IDE, AS, rééducateurs, psychologues, etc.). Il pilote également diverses actions pour permettre aux résidents de recevoir les soins et l'accompagnement dont ils ont besoin. Le médecin coordonnateur mène une politique de limitation des contentions, qu'elles soient physiques ou chimiques. Dès qu'il y a une restriction de la liberté d'un résident, il s'assure que la décision est mesurée et cohérente avec le projet personnalisé. Il réévalue régulièrement la pertinence de cette décision. L'objectif : être certain qu'il n'y ait jamais d'atteinte à l'intégrité physique, à l'intimité ou à la sécurité du résident.

Il participe activement à la démarche qualité de l'établissement. Pour cela, il est chargé de la déclaration des événements indésirables associés aux soins (simples ou graves). Il réalise l'analyse des causes et des retours d'expérience à chaque dysfonctionnement relevé. Pour sensibiliser sur ces sujets, il travaille en collaboration avec le directeur de l'établissement et l'infirmier de coordination.

Il n'est pas le médecin traitant des résidents.

Contrairement au médecin traitant qui s'occupe du suivi médical individuel du résident, le médecin coordonnateur assure la qualité de la prise en charge médicale globale des résidents grâce à ses compétences gérontologiques.

Avant l'admission d'un résident, le médecin coordonnateur donne un avis sur l'adéquation de son état de santé avec les capacités de prise en charge de l'établissement. Il étudie pour cela le dossier médical du futur résident et il le reçoit si possible dans le cadre d'une visite d'admission. C'est le directeur de l'établissement qui se prononce en dernier recours sur l'admission.

Rapidement après l'entrée du résident le médecin coordonnateur réalise plusieurs évaluations (tests cognitifs, bilan nutritionnel...) leur résultat permet à l'équipe soignante d'organiser des interventions auprès du résident. Le médecin coordonnateur participe à l'évaluation du GIR du résident, avec l'équipe soignante, Dans le premier mois après l'entrée dans l'établissement le MEDEC rédige une synthèse du bilan gériatrique en insistant sur les risques encourus par le résident cette synthèse sera réévaluée en fonction des modifications de santé du résident durant son séjour.

Il **évalue en permanence la perte d'autonomie**, mesurée par la grille AGGIR, et les besoins de soins médico-techniques des résidents, mesurés par l'outil PATHOS. Ces évaluations sont transmises à l'ARS (Agence Régionale de Santé) tous les cinq ans. Elles permettent de déterminer le budget en soins alloué à l'établissement.

La réalisation d'un rapport annuel de l'activité médicale. En collaboration avec l'équipe soignante, il réalise un rapport annuel d'activité médicale. Celui-ci fait l'inventaire des modalités de prise en charge des soins, de l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, ainsi que des préconisations d'amélioration. Il présente ce rapport lors de la commission de coordination gériatrique. Ce document est signé conjointement avec le directeur de l'établissement.

La gestion et la maîtrise des risques de santé publique : il a un rôle d'organisateur et de mise en œuvre d'une politique autour des risques de santé publique. Il identifie les dangers éventuels pour la santé publique et s'assure du déploiement de toutes les mesures utiles à la prévention, à la surveillance et à la prise en charge de ces risques.

Concrètement, cela se traduit par : l'organisation de campagnes de vaccination de la grippe au sein de l'établissement sur la période hivernale ; la mise en place d'actions concrètes lorsqu'un plan canicule est enclenché ; et la sécurisation du circuit du médicament dans l'établissement.

Dans le cadre du circuit du médicament, le médecin coordonnateur vérifie la conformité entre les prescriptions des médecins et les prescriptions retrouvées dans le dossier informatisé. La conformité sécurise le circuit en permettant aux IDE de tracer la distribution des médicaments.

Le médecin coordonnateur est en relation avec les intervenants extérieurs (kinésithérapeute, orthophoniste, ...) ainsi qu'avec des médecins traitants et les spécialistes. Il veille avec l'infirmier coordonnateur de l'EHPAD à la bonne tenue des dossiers médicaux et para médicaux. Il participe à la mise en œuvre des conventions avec les établissements de santé et les réseaux gérontologiques ou tout autre acteur de la filière de soins gériatriques.

Le médecin coordonnateur élabore avec l'infirmier coordinateur, des protocoles que les professionnels doivent suivre dans l'exercice quotidien de leur fonction : protocole d'hygiène, protocole du circuit des déchets, protocole de nettoyage et de désinfection des locaux et des chambres, Il s'assure du suivi et de la bonne utilisation des procédures et protocoles et fiches de suivi. Il veille également à l'application des bonnes pratiques gériatriques.

Le médecin coordonnateur a, de plus, un rôle dans la formation continue de l'équipe soignante.

Le médecin coordonnateur réalise des prescriptions médicales pour les résidents en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux et lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont informés des prescriptions réalisées.

Le médecin coordonnateur exerce à temps partiel. Il peut être le médecin traitant de certains résidents à l'entrée du résident en attente de la nomination d'un médecin libéral.

❖ *Infirmière coordinatrice*

L'infirmière coordinatrice joue un rôle central dans le bon fonctionnement de la structure et dans la qualité de l'accompagnement des résidents. Elle garantit la cohérence, la qualité et la sécurité de l'accompagnement des résidents, tout en assurant un lien avec les familles et les intervenants externes.

Coordination des soins :

✓ **Élaboration des projets de soins individualisés :**

Chaque résident possède des besoins spécifiques, en fonction de son état de santé physique, psychologique et social. L'infirmière coordinatrice élabore, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, aides-soignants, psychologues, etc.) et l'usager, un projet de soins personnalisé. Ce plan de soins est régulièrement réévalué pour s'adapter aux évolutions de l'état de santé du résident et garantir un suivi optimal.

✓ **Assurer la continuité des soins :**

L'infirmière coordinatrice veille à la bonne circulation des informations entre les différents intervenants. Elle organise les transmissions et s'assure que chaque membre de l'équipe dispose des informations nécessaires à l'accompagnement des résidents. Cette continuité est essentielle pour éviter les ruptures de soins et garantir une prise en charge cohérente.

✓ **Respect des protocoles :**

Elle est responsable de l'élaboration et de l'application des protocoles de soins, conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Son rôle est également de sensibiliser l'équipe à l'importance de ces protocoles pour assurer la sécurité des résidents.

Gestion et animation de l'équipe soignante :

✓ **Encadrement et animation de l'équipe :**

L'infirmière coordinatrice joue un rôle de manager. Elle guide, soutient et motive l'équipe soignante (aides-soignants, infirmiers etc.) en favorisant la cohésion et le partage des bonnes pratiques.

✓ **Organisation des plannings :**

Elle est chargée de la planification des trames, en veillant à une répartition équilibrée des tâches et à la continuité des soins 24h/24. En cas d'absence elle gère les remplacements en collaboration avec l'assistante de direction

✓ **Recrutement :**

L'infirmière coordinatrice participe activement au recrutement de nouveaux membres de l'équipe soignante. Elle évalue leurs compétences, organise leur intégration et assure un suivi continu.

✓ **Formation :**

Elle identifie les besoins en formation, organise des sessions thématiques (soins palliatifs, prise en charge de la douleur, etc.) et évalue les acquis.

Relation avec les familles et les résidents :

✓ **Communication régulière avec les familles :**

L'infirmière coordinatrice assure des échanges réguliers pour les informer de l'évolution de l'état de santé du résident et répondre à leurs questions. Elle est également à l'écoute des familles pour recueillir leurs observations et apaiser leurs inquiétudes. Elle est l'interlocuteur privilégié sur les questions relevant de l'accompagnement du résident.

✓ **Admission et Accueil des résidents :**

L'infirmière coordinatrice joue un rôle clé dans l'accueil des nouveaux résidents. C'est elle en collaboration avec la psychologue qui effectue les préadmissions. Elle s'assure que leur arrivée se déroule dans les meilleures conditions possibles.

✓ **Adaptation des soins aux besoins individuels :**

L'écoute des résidents est au cœur de la mission de l'IDEC. Elle veille à ce que les soins prodigués soient en adéquation avec leurs besoins, leurs préférences et leurs valeurs. Cette approche personnalisée contribue à maintenir leur dignité et leur qualité de vie.

Qualité et sécurité des soins :

✓ **Suivi des indicateurs de qualité :**

L'infirmière coordinatrice évalue la qualité des soins (respect des protocoles, satisfaction des résidents et familles, etc.) et identifie les axes d'amélioration pour mettre en place des actions.

✓ **Gestion des situations d'urgence :**

En cas de situation d'urgence ou d'incident critique, l'IDEC coordonne les interventions et s'assure que les protocoles sont respectés. Elle est également chargée de debriefer l'équipe après l'incident pour améliorer les pratiques.

✓ **Veille réglementaire :**

L'IDEC s'assure que l'établissement est en conformité avec les normes et réglementations en vigueur. Cela inclut les contrôles sanitaires, la gestion des médicaments, et la protection des droits des résidents. Elle est également responsable de la mise à jour des protocoles en fonction des évolutions réglementaires.

❖ **Infirmière diplômée d'Etat**

L'infirmière est responsable des soins :

- ✓ Suivi des traitements
- ✓ Suivi de l'état de santé des résidents
- ✓ Organiser et dispenser les soins généraux
- ✓ Encadrement de l'équipe d'aide-soignant
- ✓ Collaboration avec les différents prestataires et intervenants extérieurs (pharmacie, laboratoire, médecin traitant, ergothérapeute etc.)
- ✓ Relationnel avec les familles/proches des résidents
- ✓ Prévention des risques

25

La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense, soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre infirmier. Elle comprend en outre différentes actions concernant l'éducation, la formation, l'encadrement et la prévention en matière de santé et d'hygiène.

❖ **Aides soignant(e)s/Accompagnant Educatif et Social**

Les Aides-soignants et accompagnantes éducatifs et sociales exercent sous la responsabilité des infirmières. Leurs missions au sein de l'EHPAD :

- ✓ Accompagner les résidents dans les actes de la vie quotidienne.
- ✓ Maintenir les acquis du résident
- ✓ Observer et alerter sur l'état de santé du résident
- ✓ Participer au projet d'accompagnement du résident
- ✓ Mesurer les paramètres vitaux du résident, contrôler les dispositifs et appareillages médicaux et transmettre les informations à l'infirmier,
- ✓ Réaliser des soins d'hygiène, de confort et de prévention,
- ✓ Surveiller l'état général du résident, et transmettre les informations à l'infirmière
- ✓ Réaliser et suivre des plans de soins.

❖ **Psychologue**

Le rôle du psychologue est multidimensionnel et revêt une grande importance dans le bien-être émotionnel et mental des résidents.

Voici quelques-unes de ses principales fonctions au sein de la Résidence Retraite l'Abbaye :

- ✓ **Évaluation et suivi psychologique des résidents** : Le psychologue réalise des évaluations psychologiques initiales et régulières des résidents pour mieux comprendre leurs besoins émotionnels, cognitifs et sociaux. Ces évaluations peuvent aider à identifier les troubles émotionnels tels que la dépression, l'anxiété, le deuil, ainsi que les problèmes cognitifs.
- ✓ **Soutien individuel** : Le psychologue offre un soutien psychologique individuel aux résidents qui en ont besoin. Cela peut se faire à travers des séances de psychothérapie individuelle, où les résidents peuvent exprimer leurs préoccupations, leurs peurs, ou tout simplement bénéficier d'un espace pour parler de leur vécu.
- ✓ **Soutien aux familles** : Le psychologue apporte également un soutien aux familles des résidents, les aidant à comprendre les défis émotionnels associés au vieillissement et à la dépendance. Il peut également fournir des conseils sur la manière de mieux communiquer avec leurs proches.
- ✓ **Animation d'ateliers et de groupes de parole** : Le psychologue organise souvent des ateliers et des groupes de parole thérapeutiques autour de thèmes tels que le deuil, l'estime de soi, la gestion du stress, la communication, etc. Ces activités visent à favoriser le bien-être émotionnel et social des résidents.
- ✓ **Formation du personnel** : Le psychologue peut jouer un rôle dans la formation du personnel de l'EHPAD, en les sensibilisant aux besoins psychologiques des résidents, en leur enseignant des techniques de communication efficaces, et en les formant à reconnaître les signes de détresse émotionnelle chez les résidents.
- ✓ **Collaboration avec l'équipe médicale** : Le psychologue collabore étroitement avec les autres membres de l'équipe médicale, notamment les médecins, les infirmiers pour assurer une approche globale et coordonnée des soins aux résidents.
- ✓ **Élaboration de projets d'accompagnement personnalisé** : En concertation avec les autres professionnels de santé et le personnel de la résidence, le psychologue coordonne l'élaboration de projets d'accompagnement personnalisé pour chaque résident, en intégrant les aspects psychologiques de leur prise en charge.

En résumé, le rôle du psychologue au sein de la résidence est de contribuer au bien-être psychologique et émotionnel des résidents en offrant un soutien individuel et en organisant des activités thérapeutiques. Ils collaborent également avec les familles et l'équipe médicale pour garantir une prise en charge holistique et adaptée à chaque résident.

5.2.12 Intégration dans le réseau de soins

❖ *CH (équipe mobile psy, emsp, gériatrie, hygiéniste)*

L'établissement a conventionné avec un certain nombre de partenaires de santé sur le territoire, dont le principal est le Centre Hospitalier de Saumur dans le cadre de la filière gériatrique et du plan bleu.

Aussi, l'établissement via ses conventions a accès à l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de Saumur, à l'équipe mobile de gériatrie ainsi qu'à l'équipe opérationnelle d'hygiène.

❖ HAD

L'établissement a également conventionné avec l'hôpital à domicile afin de garantir la prise en charge hospitalière des résidents au sein de l'EHPAD, et plus particulièrement dans le cadre des fins de vie.

Ce partenariat doit être développé afin de permettre des prises de relais sur des plaies et pansement complexe.

❖ Télémédecine et téléconsultation

La télémédecine et la téléconsultation en EHPAD représentent des avancées majeures pour améliorer l'accès aux soins des résidents âgés et dépendants. Ces technologies permettent de surmonter les barrières géographiques et les difficultés de mobilité des résidents, elles facilitent une prise en charge médicale plus rapide et efficace, notamment en cas d'urgence.

27

Consultation à distance : Grâce à la télémédecine, les résidents peuvent bénéficier de consultations à distance avec des spécialistes sans devoir se déplacer ; bénéfice important pour ceux dont la santé est fragile ou présentant des difficultés de déplacement. Les médecins spécialistes consultés posent des diagnostics, prescrivent des thérapeutiques et dispensent des conseils médicaux directement depuis un centre de téléconsultation, améliorant la réactivité et la qualité des soins.

Réduction des hospitalisations : La télémédecine contribue à maintenir les résidents dans leur environnement habituel, ce qui est bénéfique pour leur bien-être psychologique. Les hospitalisations sont souvent source d'anxiété et peuvent entraîner des complications, notamment en raison du risque accru d'infections nosocomiales.

L'intégration de la télémédecine en EHPAD : Pour une efficacité maximale de ces technologies il est essentiel de mettre en place une infrastructure adaptée et sécurisée, une formation adéquate du personnel soignant à leur utilisation et une garantie concernant la sécurité des données médicales. L'intégration de ces nouvelles pratiques va nécessiter du temps et un changement dans les habitudes professionnelles des soignants. La formation continue et un soutien institutionnel adéquat seront donc cruciaux pour favoriser l'adoption et l'usage optimal de ces technologies au sein des EHPAD.

En résumé, bien que la télémédecine et la téléconsultation représentent des avancées significatives pour l'amélioration des soins aux personnes âgées en EHPAD, leur déploiement efficace nécessite une organisation et des efforts des soignants pour intégrer pleinement ces outils dans les pratiques quotidiennes, tout en assurant la qualité et la sécurité des soins dispensés.

❖ Centre de ressources territoriales et plateforme de répit

L'établissement contribue également au CRT, notamment par l'intégration de l'infirmière coordinatrice au table technique.

Il est également partie prenante de la plateforme de répit, en mettant mensuellement ses locaux à disposition pour des actions ciblés sur le Saumurois pour des aidants et leurs aidés.

Forces et opportunités :

- ✓ Une méthodologie d'admission favorisant les liens de confiance avec le résident et son entourage
- ✓ Une démarche bientraitance définie et en croissance, fondée sur la formation des professionnels
- ✓ Des pratiques professionnelles ancrées
- ✓ La qualité de l'accompagnement de fin de vie
- ✓ L'intégration dans le réseau de soins
- ✓ L'accompagnement des personnes ayant des troubles du comportement.
- ✓ La qualité globale des pratiques professionnelles

28

Axes d'améliorations :

- ✓ Formaliser et mettre en place les différentes commissions (chute/CLAN/CLUD)
- ✓ Formaliser et conduire l'EGS
- ✓ Poursuivre la sécurisation du circuit du médicament
- ✓ Formaliser et conduire les politiques de prévention
- ✓ Poursuivre la politique de formation des professionnels
- ✓ Poursuivre la sensibilisation des professionnels à la traçabilité
- ✓ Renforcer le temps de coordination médicale
- ✓ Poursuivre le travail de formalisation et de déploiement des PAP
- ✓ Poursuivre le déploiement de la télémédecine et téléconsultation

6. PROJET DE SERVICE UPAD – LE CHALET

Le vieillissement de la population est un marqueur fort de notre société car associé à des besoins accrus en termes de solutions d'accompagnement des personnes âgées. Il engage des modifications du paysage médico-social français et implique des évolutions nécessaires dans un souci d'adaptation.

Ce projet s'inscrit également dans une dynamique d'adaptation afin de développer plus efficacement des réponses complémentaires à celles des autres EHPAD du territoire Saumurois.

En effet, aujourd'hui nous constatons que les demandes d'entrée en établissement médico-social concernent essentiellement des personnes souffrant de troubles cognitifs et de troubles du comportement en inadéquation avec le maintien à domicile.

La rédaction du projet de cette unité repose avant tout sur une démarche participative qui inclut les membres de l'équipe du Chalet ainsi nous avons rencontré l'équipe d'aides-soignants et d'agents à 3 reprises. Ainsi qu'un temps de concertation avec le directeur, le MEDEC, l'IDEC et la psychologue.

29

6.1 Présentation de l'UPAD

6.1.1 La population accueillie

L'unité accueille des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de pathologies neurodégénératives apparentées ayant des troubles du comportement légers à modérés. L'unité a une capacité d'accueil de 14 résidents.

6.1.2 Les objectifs de l'unité

Le projet de l'unité est axé sur la préservation de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne ainsi le « laisser faire » est priorisé afin de préserver le sentiment d'utilité de la personne accueillie. Une attention particulière est également portée au respect des habitudes de vie de la personne accueillie afin de reproduire une dynamique « comme à la maison ». Ces stratégies d'accompagnement ont pour objectifs la limitation des troubles du comportement et le maintien des acquis le plus longtemps possible.

6.1.3 Le projet de soin fondée sur une approche relationnelle limitant les traitements médicamenteux

Le projet de soins de l'unité est d'encourager des thérapies s'appuyant sur les ressources, les compétences et les capacités des personnes âgées accueillies. Une réponse aux problèmes d'anxiété, d'agitation ou d'agressivité des résidents doit être apportée par une prise en soins thérapeutique différente privilégiant un accompagnement relationnel poussé et une stimulation cognitive adaptée. Cette prise en soin veillera notamment à adapter, en fonction de l'évolution de la maladie, les modalités de communication (langage, parole, gestes, attitudes, etc.) des professionnels intervenants.

Le projet de soin se fonde sur une approche et des valeurs en lien avec la Bientraitance largement développée dans le projet d'établissement.

Axes d'améliorations :

- ✓ Un suivi et une réadaptation régulière des traitements (notamment neuroleptiques) devront être réalisés et tracés
- ✓ Un protocole d'administration des traitements prescrits en « si besoin » devra être réalisé

6.1.4 L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire est formée à l'accompagnement des personnes désorientées. Elle dispose de savoir-faire et de savoir-être particuliers. L'équipe de l'unité est une équipe dédiée qui a choisi de travailler auprès de ce public. Cette équipe n'est pas à demeure et peut être modifiée pour différentes raisons dont :

- Souhait du salarié de quitter l'unité, dûment justifié
- Difficultés du salarié dans l'accompagnement des résidents présentant des troubles du comportement
- Non-respect des modalités de fonctionnement de l'unité

En tout état de cause, la modification de l'équipe est du ressort du directeur de l'établissement, tenant compte des nécessités de service et des besoins des résidents.

Toute modification d'affectation d'un salarié pourra être faite dans le respect des délais de prévenance de changement de planning prévu dans l'accord d'entreprise.

•

Elle est composée de :

- 4 aides-soignantes
- 4 agents
- 1 infirmière référente

Complétée par l'intervention du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice, des infirmières et de la psychologue.

Dans une logique de continuité d'accompagnement, l'équipe de nuit est également formée à la gestion des troubles du comportement et à la communication avec les personnes désorientées.

Axes d'améliorations :

- ✓ Communication au sein de l'équipe (cohérence et uniformisation des pratiques de soin et d'animation)
- ✓ Formation continue sur des thématiques en lien avec l'accompagnement des personnes désorientées
- ✓ Réunir l'équipe 1 fois par trimestre
- ✓ Établir des rapports d'activités (trimestriel et annuel)

6.1.5 L'architecture de l'unité

L'unité prend la forme d'un véritable lieu de vie familial : l'environnement intérieur et extérieur de l'unité sont agréables et rassurants se voulant « comme à la maison » afin de conserver les repères des résidents. L'espace est également ouvert et lumineux grâce à de nombreuses baies vitrées et à un patio central. L'UPAD est une unité fermée par digicode pour éviter les risques d'errance. De plus, les poignées de porte de chaque chambre sont dotées d'un dispositif de contrôle d'accès, c'est-à-dire que le résident aura un bracelet lui permettant d'ouvrir la porte de sa chambre et uniquement la sienne. Ceci évitant notamment les réveils nocturnes lors de déambulation dans l'unité.

L'UPAD a une capacité d'accueil de 14 personnes, toutes les chambres sont équipées d'une salle de bain adaptée (toilette, lavabo et douche) et d'une armoire intégrée. Chaque résident aménage sa chambre comme il le souhaite avec ses propres meubles. La résidence fournit le lit médicalisé.

31

Concernant les espaces collectifs :

- L'espace de jour est l'espace central de l'unité, il regroupe des tables pouvant accueillir jusqu'à 18 couverts. L'espace comprend quelques canapés invitant à la détente. C'est également ici que seront les boîtes aux lettres des résidents de l'unité. L'espace de jour a une ambiance colorée en teinte rouge-terracotta afin d'être un lieu stimulant pour les résidents.
- La cuisine thérapeutique est un espace ouvert et accessible aux résidents. Elle comprend 2 éviers (un adapté PMR et un à hauteur standard), un four sécurisé, des plaques de cuisson, un frigo ainsi que de nombreux placards de rangement. Tous les placards peuvent être fermés à clé afin de limiter les risques éventuels notamment la nuit.
- La boucle de déambulation autour des chambres des résidents
- Le salon est un espace de détente lumineux et chaleureux
- La terrasse-bois est un espace ouvert sur l'extérieur accessible aux résidents et leurs familles
- Le jardin thérapeutique et sa terrasse sont des espaces extérieurs invitant le résident à se promener, à manger, à jardiner, etc.
- La salle d'activités est un espace permettant d'accueillir 8 personnes au calme pour des activités à visée thérapeutique.
- La salle de transmissions réservée aux professionnels

Axes d'améliorations :

- ✓ Aménagement de la salle de transmission

6.2 Le fonctionnement interne de l'unité

6.2.1 Critères d'admission et trame d'intégration d'un nouveau résident

La résidence reçoit des demandes d'admission à travers le site Viatrajectoire.fr. Les membres de la commission d'admission (MEDEC, IDEC, psychologue, directeur) au regard du dossier statuent sur les besoins d'accompagnement à savoir un hébergement classique ou bien une orientation en unité sécurisée. Lorsque l'unité sécurisée semble plus appropriée, un membre de la commission organise une rencontre de pré-admission afin de s'assurer que le profil de la personne est bien en adéquation avec prise en charge de l'unité. Lors de la rencontre de pré-admission, la psychologue recherche le consentement de la personne pour son entrée en résidence mais bien souvent les capacités cognitives de la personne âgée nous permettent seulement de recueillir un assentiment car la compréhension de la situation est généralement partielle. La personne et ses proches sont également informées que l'accompagnement à l'UPAD est transitoire il correspond à un stade de la maladie, en fonction de la personne le temps passé à l'UPAD est plus ou moins long.

32

Une personne éligible à l'entrée en UPAD présente :

- Une pathologie neurodégénérative de type Alzheimer ou apparentées (diagnostiquée ou non)
- Des troubles du comportement associés (déambulation, agitation, agressivité, idées délirantes etc.)
- Une autonomie relativement conservée dans les actes de la vie quotidienne (en capacité de manger seul, capable d'une certaine mobilité dans les déplacements), généralement une personne entre les GIR 2 à 4.

La semaine précédant l'entrée d'un nouveau résident, l'IDEC ou la psychologue transmettent à l'équipe du Chalet un recueil concernant ses habitudes de vie.

Le jour de l'entrée, le nouveau résident arrive vers 14h30, l'équipe soignante en poste ce jour-là, l'accueille ainsi que ses proches. Vers 15h30, il y a un « pot d'accueil » afin que les résidents fassent connaissance.

L'arrivée d'un nouveau résident est toujours perturbante pour la dynamique de groupe déjà instituée, nous sommes donc vigilants à sa bonne intégration auprès des autres résidents. Nous considérons que le temps d'adaptation à un nouveau lieu de vie varie en fonction des personnes mais il peut aller jusqu'à 6 mois.

Axes d'améliorations :

- ✓ Faire un point d'étape à J+60 avec les proches du résident à travers une rencontre avec MEDEC, IDE référente, IDEC, psychologue (au moins 2 membres)
- ✓ Anticiper d'avantage l'accueil de nouveau résident avec le groupe (échanges, fabrication de banderoles, rituels d'accueil)

6.2.2 Critères d'exclusion et de sortie de l'unité

L'accompagnement à l'UPAD n'est plus pertinent lorsque :

- L'évolution de la pathologie dégénérative entraîne une perte d'autonomie importante (perte de la marche, incapacité à manger seul etc.) induisant une dépendance physique et psychique

en inadéquation avec l'accompagnement de l'unité. La perte d'autonomie s'évalue grâce à la grille AGGIR.

- Les troubles du comportement sont trop sévères l'accompagnement relève alors d'un autre type de structure : unité d'hébergement renforcée (UHR) où bien en unité cognitivo-comportementale (UCC). L'évolution des troubles du comportement s'évalue grâce à l'évaluation NPI-ES.

La décision de sortie de l'unité est une décision collégiale des professionnels intervenants dans l'unité. Les proches du résident sont conviés à un temps de rencontre et d'échange en amont du transfert sur l'EHPAD ou dans une autre structure afin d'expliquer les raisons de ce changement. Ils n'ont pas la possibilité de s'opposer à cette décision.

Lorsqu'un résident est transféré de l'UPAD à l'EHPAD, une présentation et un recueil des habitudes de vie sont transmis à l'équipe de l'EHPAD afin que la transition se passe au mieux.

6.2.3 Les principaux outils utilisés dans l'unité

Netsoins est le logiciel de soin qui permet d'accéder à toutes les informations utiles à l'accompagnement des résidents.

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) est un outil permettant d'évaluer le degré d'autonomie ou de perte d'autonomie des personnes. Cette grille est réalisée par une infirmière en collaboration avec l'équipe soignante et réévaluée tous les 3 mois ou lorsqu'il y a une altération de l'état général du résident.

Le NPI-ES (Inventaire Neuropsychiatrique) son but est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez des personnes souffrant de démence. Cette évaluation est réalisée par la psychologue en lien avec l'équipe soignante et réévaluée à minima tous les 3 mois ou lorsque l'équipe constate des changements de comportement. Au sein de l'unité, un NPI-ES est réalisé tous les mardis après-midi.

Le MMSE (mini-mental state examination) est un test d'évaluation des fonctions cognitives et des capacités mnésiques d'une personne. Cette évaluation est réalisée par la psychologue si la personne est en mesure d'y répondre. Elle nous permet de savoir quelles sont les capacités préservées et celles qui sont altérées afin d'adapter l'accompagnement et la communication.

L'échelle Alqoplus a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé pour tous les cas où une auto-évaluation fiable n'est pas praticable (troubles de la communication verbale, pathologie neurodégénérative).

Le projet d'accompagnement personnalisé faisant partie intégrante du projet d'établissement, le PAP est un outil nous permettant d'individualiser l'accompagnement de la personne dans un cadre collectif. Cette démarche part des besoins, des envies de la personne afin d'y associer des objectifs à plus ou moins long terme. Chaque membre de l'équipe du Chalet est référent de plusieurs résidents, le référent s'assure que les objectifs du PAP soient connus et réalisés par tous.

La validation est une technique de communication auprès des personnes désorientées.

6.3 La vie quotidienne de l'unité

6.3.1 La toilette thérapeutique

L'accompagnement dans les soins d'hygiène fait également partie du projet thérapeutique de l'unité. En effet, l'équipe soignante veille au maintien des acquis lors des actes de la vie quotidienne à travers une communication et une stimulation adaptée.

Préserver les acquis du résident, les laisser faire en les guidant, donner des consignes, faire seul, au rythme du résident, stimuler à faire, maintenir un niveau d'hygiène confortable pour le résident, tout cela fait partie de la stratégie d'accompagnement proposé au sein de l'unité.

Axes d'améliorations :

- ✓ Grille d'évaluation toilette thérapeutique à réaliser pour chaque résident
- ✓ L'intervention d'un ergothérapeute permettrait un meilleur accompagnement de l'équipe dans ses accompagnements

34

6.3.2 Les repas thérapeutiques

L'unité veille à maintenir un rythme de vie afin de garantir un cadre et des rituels rassurants. Le petit-déjeuner se prend à 8h30, le déjeuner à 12h, la collation à 16h et le dîner à 18h45. Le maintien de ce rythme de vie est essentiel pour lutter contre le trouble du rythme circadien relativement présent dans les pathologies neurodégénératives.

Les professionnels présents lors du repas mangent avec l'ensemble des résidents, le repas est pris en charge par la résidence.

Ainsi les temps de repas rythment la vie de l'unité, les résidents sont invités à mettre le couvert, à se servir eux-mêmes, à débarrasser et faire la vaisselle. Ce temps de vie quotidienne se veut conviviale, chaque résident à sa place à table afin d'instaurer des repères rassurants.

En fin d'année 2021, un investissement a été réalisé à travers l'achat d'une vaisselle adaptée (moins lourde, plat à service pour chaque table).

6.3.3 Les activités thérapeutiques

Le planning des activités suit une trame bien précise, pour chaque activité il y a des objectifs qui sont détaillés dans un protocole (CF annexe).

Les objectifs thérapeutiques des activités sont :

- La réduction des troubles du comportement
- Le maintien de l'autonomie physique et psychique le plus longtemps possible
- La conservation des liens sociaux et l'expression verbale
- La stimulation des fonctions cognitives
- L'augmentation de la qualité de vie

Comme mentionnée précédemment la nuit peut être source d'angoisse, certains résidents déambulent. Ainsi l'équipe de nuit emploie également des stratégies d'apaisement non-médicamenteuses comme la proposition d'une collation ou bien la validation Naomi Feil.

L'équipe de nuit à l'UPAD est la même équipe que sur l'ensemble de la résidence, chaque soir elles sont présentes au nombre de 2, une aide-soignante et un agent de service.

Axes d'amélioration :

- ✓ Fête d'anniversaire des résidents à formaliser (carte d'anniversaire, banderole à fabriquer etc.)
- ✓ Suivre les saisons

6.3.4 Traçabilité des activités thérapeutiques et réunion d'équipe

Chaque activité a un ou plusieurs objectifs, par exemple maintenir l'expression verbale ou bien la motricité, c'est pourquoi il est essentiel d'avoir une évaluation des activités afin d'avoir un regard critique sur la pertinence de l'activité pour les résidents.

Aujourd'hui la traçabilité des participations ou du contenu des activités se font à travers un agenda mais l'objectif est de pouvoir informatiser ces informations sur le logiciel de soin Netsoins.

A ce jour aucun temps d'échange n'est formalisé, ni aucun rapport d'activité de l'unité n'est réalisé. Néanmoins, l'équipe émet le besoin de coordination à travers des temps d'échange et de réunion.

35

Axes d'améliorations :

- ✓ Former l'équipe soignante à la traçabilité sur NETSOINS
- ✓ Réunion trimestrielle avec l'équipe soignante
- ✓ Rapports d'activité trimestriels et annuels à réaliser

6.3.5 La place de l'entourage

Aujourd'hui la famille et les proches des résidents apparaissent comme des partenaires directs des professionnels. Ils sont une ressource à ne pas négliger dans l'accompagnement des personnes âgées désorientées car la famille reste souvent une valeur fondamentale pour tout un chacun, malade ou non.

Axes d'améliorations :

- ✓ Faire un point étape à J+60 avec les proches du résident à travers une rencontre avec MEDEC, IDE référente, IDEC, psychologue (au moins 2 membres)
- ✓ Rencontre avec les familles à prévoir 2 fois dans l'année
- ✓ Mobiliser les familles sur des accompagnements lors de sorties extérieures
- ✓ « Le mois des Familles » accueillir un proche pendant une journée

6.3.6 Les partenaires extérieurs

L'équipe mobile de gériatrie (CH SAUMUR) : se déplace dans l'unité à notre demande lorsque nous avons besoin de conseils, d'un avis extérieur sur l'accompagnement d'un résident.

7. PROJET DE VIE SOCIALE

La vie sociale de l'établissement se construit autour des divers salons et de la salle d'animation. La coordinatrice de vie sociale développe un programme d'activités qui part des attentes et des besoins du résident, en se fondant sur son histoire de vie, ses centres d'intérêts passés et actuels. Il s'agit ici d'insuffler de la vie dans le cadre d'une stimulation thérapeutique. Tout en prenant en compte les enjeux suivants :

- ✓ Comment donner envie aux résidents ?
- ✓ Comment individualiser l'activité au maximum ?
- ✓ Comment adapter les activités au regard des capacités de chaque résident ?
- ✓ Comment inclure et fédérer le personnel à l'animation ?
- ✓ Comment pallier l'absence de la coordinatrice de vie sociale les weekends et jours fériés ?

36

7.1 Objectifs du projet de vie sociale

Les activités thérapeutiques constituent un soin à part entière hors du temps des soins techniques soignants. Elles visent à générer des rencontres et du lien social et à rendre le résident acteur et auteur de son lieu de vie.

L'architecture de l'établissement et les nombreux lieux de convivialité visent à maintenir le lien social habituel du résident en facilitant les visites.

Aussi, les objectifs auprès des résidents sont :

- ✓ Créer du lien social
- ✓ Stimuler, maintenir et préserver les capacités cognitives et physiques
- ✓ Respecter les besoins et les attentes des résidents
- ✓ Valoriser et renforcer l'estime de soi
- ✓ Favoriser la réminiscence
- ✓ Respecter la dignité et l'intégrité physique et morale

A cette fin, les objectifs opérationnels sont :

- ✓ Être à l'écoute des résidents
- ✓ Susciter le plaisir et créer l'envie
- ✓ Favoriser le lien social en créant des moments de partage et d'échanges
- ✓ Créer des partenariats avec l'environnement extérieur afin de favoriser le lien social et intergénérationnel
- ✓ Donner aux résidents la possibilité de s'exprimer et de faire des choix

7.1.1 Les acteurs du projet

La coordinatrice de vie sociale, met en place et coordonne les activités thérapeutiques en lien avec l'encadrement et l'équipe soignante. Elle doit être bien identifiée par les résidents et le personnel.

Sa maîtrise de l'histoire de vie et des besoins et attentes de chaque résident lui permet de mettre en place des activités adaptées.

Elle impulse la dynamique de vie sociale au sein de l'établissement et est moteur de son développement auprès des équipes.

Missions principales :

- ✓ Planification, organisation et mise en œuvre des activités thérapeutiques
- ✓ Participation à l'élaboration du PAP
- ✓ Coordination de la vie sociale
- ✓ Elaboration, co-construction et mise en œuvre de projet
- ✓ Coordination de la commission menu
- ✓ Coordination de la commission animation

Le personnel soignant accompagne les résidents aux activités, réalise des activités sur les temps dédiés et accompagne lors des sorties. L'intégration de l'ensemble des soignants au projet d'animation est un enjeu majeur de son bon développement.

La psychologue coordonne les PAP et émet un avis sur les activités proposées.

Le chef de cuisine participe à la commission menu et coordonne la mise en place des repas à thème.

Les familles et de façon plus large, les proches des résidents sont des acteurs de la vie sociale de l'établissement. Ils sont une source d'information sur l'histoire de vie des résidents.

7.1.2 Les moyens du projet

Pour répondre aux objectifs, des activités sont mises en place de façon individuelle ou collective.

Chaque mois, la coordinatrice de vie sociale établit un planning prévisionnel validé par la direction de l'établissement. Celui-ci est communiqué à l'équipe pluridisciplinaire pour information.

Le planning d'activité hebdomadaire est affiché chaque lundi à l'entrée de la salle de restaurant.

Afin de mener à bien le projet, la coordinatrice dispose de divers salons et d'espaces extérieurs, de matériel et d'un véhicule adapté.

7.1.3 Les activités thérapeutiques

Les activités proposées par la coordinatrice de vie sociale sont à visée thérapeutique. Elles se décomposent en trois temps. Elles sont proposées du lundi au vendredi. Le weekend et les jours fériés, un livret d'activité mensuel est mis à disposition des résidents.

Une activité d'ancrage spatio-temporelle est proposée à partir de 11h00. Ce temps est organisé autour de la lecture du journal et d'un café ce qui en fait un moment de convivialité très apprécié des résidents.

Deux autres temps d'activités sont proposés sur l'après midi après le temps calme de début d'après-midi et après le goûter.

Les activités relationnelles et de vie sociale :

- ✓ La fête des anniversaires a lieu tous les avant dernier jeudi du mois. Les résidents dont l'anniversaire est sur le mois sont mis à l'honneur et un gâteau est partagé avec l'ensemble des résidents de la structure et les salariés présents.

- ✓ Relations intergénérationnelles
 - Partenariat avec l'IME le Coteau
 - Le collège Saint André
 - L'école de l'Abbaye
- ✓ Les groupes de discussions permettent aux résidents d'échanger des idées et des points de vue sur un sujet d'actualités ou sur une expérience vécue, notamment dans le cadre de la lecture du journal. Chaque résident se présente en début de séance afin de briser la glace.
- ✓ La projection des photos de l'année est un moment propice à l'échange et au souvenir.

Les activités culturelles, cognitives et sociales :

- ✓ Les ateliers réminiscence sont proposés chaque début d'après-midi sur un format différent afin d'éviter la répétition. Ces ateliers prennent la forme d'atelier mémoire, de jeux sensoriels ou de loto sonore.
- ✓ Les ateliers d'écriture, une gazette de la résidence est publiée chaque mois. Elle est entièrement rédigée par les résidents réunis en comité de rédaction.
- ✓ Divers types de quizz
- ✓ Les conférences sur des thèmes variées
- ✓ Les lotos

Les événements festifs et culturel :

- ✓ Fête de la musique, 14 juillet, semaine bleue, Noël, Pâques, Epiphanie, chandeleur, mardi gras...
- ✓ Visite du chai de notre producteur de vin
- ✓ Visite culturel (zoo, musée...)
- ✓ Spectacle intergénérationnel
- ✓ Projection mensuelle de film à l'EHPAD

Les activités manuelles, sont des temps de travail de la praxie pour les résidents qui doivent être mises en place de façon opportune afin de ne pas mettre les résidents en échec. Elles peuvent prendre la forme d'atelier épluchage de légume, réalisation de décoration...

Des rencontres individuelles sont également organisées, autour de sortie dans le jardin ou de temps de réalité virtuelle.

7.1.4 Commission d'animation

Une commission animation doit être mise en place afin de pouvoir recueillir les souhaits d'animation et d'aménagement des espaces de vie par les résidents. Dans la pratique, les souhaits des résidents sont recueillis au jour le jour par la coordinatrice de vie sociale ainsi que par une boîte d'expression libre.

7.1.5 Partenariats

La Résidence Retraite l'Abbaye souhaite s'ouvrir sur l'extérieur et nouer des partenariats avec des établissements et institutions du territoire afin de pouvoir proposer des activités diverses aux résidents. La pandémie a étioilé certains partenariats qu'il convient de relancer.

7.1.6 Bénévoles

Les bénévoles sont les bienvenus à la Résidence Retraite l'Abbaye.

Toute personne souhaitant faire du bénévolat au sein de l'établissement doit faire acte de candidature écrit auprès du directeur.

Chaque candidat est reçu par le directeur et l'IDEC et/ou la psychologue afin de faire le point sur ses motivations, ses disponibilités et la réalité de l'engagement de la personne.

Chaque bénévole est formé par l'IDEC et la psychologue sur les troubles du comportement.

A l'issue de ce temps de formation, l'engagement du bénévole est formalisé par la signature de la charte des bénévoles.

39

7.1.7 Conseil de la vie sociale

Le Conseil de la Vie Sociale est une instance de démocratie sanitaire ayant un rôle consultatif.

❖ Missions

Le CVS donne son avis et propose des solutions d'amélioration du quotidien des personnes et du fonctionnement de l'établissement ou des services, et notamment sur :

- L'organisation **intérieure** et la **vie quotidienne** ;
- Les **activités** et l'**animation socio-culturelle** ;
- Les **services thérapeutiques** ;
- L'utilisation des **locaux collectifs**, les **chambres** et leur **entretien** ;
- La nature et le prix des **services rendus** ;
- Les mesures prises pour favoriser les **relations entre les usagers, les résidents et le personnel** ;
- Les **relogements** ;
- *etc.*

Il est **obligatoirement consulté** sur le **règlement** de fonctionnement de l'établissement et du conseil de la vie sociale, le **projet d'établissement** et la **démarche qualité** (article D311-15)

❖ Composition

Le Conseil de la Vie Sociale est composé de :

- A minima, 2 membres titulaires et 2 membres suppléants représentant les résidents,
- A minima, 1 membre titulaire et 1 membre suppléant représentant les familles des usagers, Sont éligibles pour représenter les familles des usagers, tout parent d'un usager jusqu'au 4^{ème} degré âgé de 11 ans.
- 1 membre titulaire et 1 membre suppléant représentant le personnel,
- 1 membre représentant l'organisme gestionnaire,
- 1 membre représentant l'équipe médico-soignante,
- Le médecin coordonnateur,
- 1 membre des représentants légaux et mandataires judiciaires
- 1 membre représentant les bénévoles.

Le Directeur ou son représentant siège avec voix consultative.

Le membre représentant l'organisme gestionnaire est désigné par le Président du Conseil d'Administration.

Le Président du CVS est élu parmi les membres représentants des usagers

❖ *Fréquence*

Le CVS se réunit à minima trois fois par an sur convocation de son Président.

Forces et opportunités :

- ✓ Une coordinatrice de vie sociale diplômée
- ✓ Multiples possibilités architecturales
- ✓ Variations dans les activités proposées
- ✓ Recherche d'ouverture vers l'extérieur

40

Axes d'améliorations :

- ✓ Proposer des temps d'activité le weekend
- ✓ Développer le bénévolat
- ✓ Coordonner avec les Projet d'Accompagnement Personnalisé
- ✓ Développer des partenariats
 - Renouer les partenariats pre-covid
 - Solliciter de nouveaux partenaires
- ✓ Être en veille sur des appel à projet pour subventionner les activités
- ✓ Evaluer l'opportunité d'un projet « l'art dans tous ses états »

8. PROJET HOTELIER

L'hôtellerie est une composante à part entière de l'accompagnement proposé aux résidents et constitue sur bien des points le premier des soins apportés et attendus par les résidents. Le management et la supervision de la qualité des prestations d'hôtellerie est assuré par la responsable hôtellerie et qualité.

8.1 Restauration

8.1.1 Prestataire/équipe

La restauration est un métier à part entière et n'est pas le métier de l'EHPAD. Aussi, l'établissement à fait le choix d'externaliser cette prestation auprès d'une société de restauration.

Dans les faits, l'établissement met à la disposition du prestataire une cuisine adaptée et entièrement équipée pour la production de l'ensemble des repas sur place. L'établissement a également confié le service en salle.

Une réunion mensuelle est mise en place entre le chef de cuisine, le chef de salle, la direction et l'encadrement afin d'adapter au mieux la prestation aux besoins des résidents.

8.1.2 Qualité/plaisir

Le cahier des charges de restauration insiste sur les notions de qualité et de plaisir afin d'assurer la meilleure prestation possible aux résidents.

Cela passe par une production maison qui se traduit, par exemple, par trois pâtisseries maison pour le goûter par semaine, et également par une priorisation de produits locaux et de saison.

Cela passe aussi par le choix des résidents avec l'apport chaque jour d'un ou deux choix supplémentaires en plus du menu du jour pour l'ensemble des composantes.

Le plaisir du repas passe aussi par le lieu, ainsi, la salle de restaurant a été entièrement aménagée de façon à projeter les résidents dans un univers hôtelier, sobre et élégant permettant l'intimité de la table tout en répondant aux exigences d'une restauration collective.

Un repas amélioré accompagné d'un apéritif est servi tous les dimanches et jours fériés.

8.1.3 Texture et menu adapté

Le repas est adapté pour les personnes ayant des troubles de la déglutition ou des problématiques dentaires. Les textures modifiées sont mixées ou hachées. Il s'agit du même repas que les autres résidents présentés sous une forme différente. Une attention particulière est portée sur la qualité gustative et visuelle des textures modifiées.

Le repas est également adapté pour des régimes spécifiques tels que le sans sel ou sans graisses, ou alors des repas enrichis.

Ces adaptations se font sur prescription médicale.

Les menus sont élaborés par le chef de cuisine en lien avec le diététicien du prestataire. Celui-ci prend en compte les recommandations nutritionnelles à destination des personnes âgées ainsi que les besoins en termes de texture et de menus médicalement prescrits.

8.1.4 Participation des résidents

Le repas est le moment de convivialité par excellence, aussi, l'ensemble des résidents ont l'obligation de prendre le déjeuner et le dîner en salle de restaurant, sauf contre-indication médicale.

A terme, les résidents doivent devenir acteur de leur repas en échangeant sur leurs souhaits et envies avec le chef cuisinier, lors de commission menu mise en place au dernier trimestre 2024.

Par ailleurs, comme c'est déjà le cas pour la mise du couvert, les résidents doivent pouvoir participer à la vie quotidienne autour du repas, que ce soit, le pliage des serviettes, le dressage de la table, l'épluchage des légumes, la préparation de tout ou partie d'une composante.

42

8.1.5 Modalités des repas

La restauration comprend cinq repas par jour : le petit-déjeuner, le déjeuner, le goûter, le dîner et la collation nocturne.

Le petit déjeuner est servi en chambre par les agents de service de l'établissement, entre 8h et 9h. Le petit-déjeuner servi est construit selon les habitudes de vie des résidents en respectant ses éventuelles modifications de texture ou de menu.

Le déjeuner est servi en salle de restaurant à 12h. Le service à l'assiette est assuré par la société prestataire. Les aides-soignants se relaient auprès des résidents qui nécessitent une stimulation et/ou une aide partielle voire totale à la prise du repas.

Le goûter est servi à partir de 15h45 au plus près du résident, selon l'endroit où il se situe à ce moment-là. Trois fois par semaine, le goûter est une pâtisserie réalisée maison.

Le dîner est servi en salle de restaurant à 19h. Le service à l'assiette est assuré par la société prestataire. Les aides-soignants se relaient auprès des résidents qui nécessitent une stimulation et/ou une aide partielle voire totale à la prise du repas.

En cas de fringale nocturne, les résidents peuvent solliciter auprès des personnels de nuit une collation, celle-ci est proposée en systématique au coucher.

8.1.6 Accueil des invités

Les résidents peuvent accueillir sur réservation jusqu'à 9 invités pour partager le déjeuner, et ce, 7j/7.

Le résident et ses convives sont installés dans le bistrot de la Loire afin de pouvoir déjeuner en toute intimité. Le menu du jour est servi à l'ensemble des convives selon les mêmes modalités que dans la salle de restaurant.

Si le résident ou ses convives le souhaitent, un menu amélioré peut-être proposé sur devis.

Forces et opportunités :

- ✓ Des espaces de restauration spacieux, lumineux et accueillant
- ✓ Une équipe de cuisine dédiée
- ✓ Une équipe de service dédiée et professionnelle
- ✓ Des repas préparés sur place au quotidien

Axes d'améliorations :

- ✓ Intégrer les résidents qui le souhaitent à la préparation de la salle
- ✓ Formaliser le règlement intérieur du bistrot de la Loire
- ✓ Mener une réflexion sur la forme du PDJ en salon pour les résidents qui le souhaitent
- ✓ Mener une réflexion sur la mise en place d'un salon de thé après le diner

43

8.2 Entretien des locaux

L'entretien des locaux aussi bien collectifs qu'individuels est réalisé par le personnel de l'établissement.

L'équipe d'entretien est composée de sept agents de service et d'un robot. Celle-ci est régulièrement évaluée par la responsable hôtellerie et qualité, qui organise avec les différents prestataires les formations de mise à niveau nécessaires au maintien des bonnes pratiques professionnelles.

L'équipe intervient de la façon suivante :

- ✓ 3 agents en matin
- ✓ 1 agent en journée
- ✓ 1 agent en soir

Ces personnels interviennent selon une planification définie sur le logiciel de soins « *Netsoin* », qui, à l'aide d'une tablette, leur permet de connaître les tâches à effectuer et de les signer au fur et à mesure de la réalisation.

L'entretien des chambres est programmé de façon quotidienne, étant précisé qu'il appartient à chaque professionnel intervenant dans le logement du résident de s'assurer de sa propreté en le quittant.

Les locaux communs font l'objet d'une fréquence de programmation différenciée en fonction de leur utilisation.

8.3 Entretien du linge

8.3.1 En interne

La lingère entretient 7j/7 le linge des résidents, les tenues des professionnelles et les rasants.

La lingerie a été entièrement équipée de matériel professionnel et installée aux normes RABC (zone propre, zone sale, sas de séparation).

La lingère assure l'étiquetage du linge des résidents lors de l'admission, puis assure le traitement quotidien du linge des résidents dans le respect de la marche en avant.

44

8.3.2 En externe

L'établissement a fait le choix d'externaliser la fourniture et l'entretien du linge plat et du linge éponge auprès d'une société prestataire. Cela permet d'assurer la fourniture et l'entretien d'un volume de linge conséquent tout en limitant les investissements qui y sont liés.

Forces et opportunités :

- ✓ Une lingerie équipée fonctionnelle 7j/7
- ✓ Une lingère à temps plein
- ✓ Possibilité d'intégrer le traitement du linge plat si nécessaire

Axes d'améliorations :

- ✓ Former le personnel à la méthode RABC
- ✓ Formaliser la mise en œuvre de la méthode RABC

9. RESPONSABILITE SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE

9.1 *Projet social*

L'établissement n'est pas signataire d'une convention collective et a fait le choix de développer son propre accord d'entreprise qui lui permet plus de souplesse vis-à-vis de son environnement, que ce soit d'un point de vue législatif ou budgétaire.

L'accompagnement des salariés dans la professionnalisation et l'acquisition de nouvelles compétences est un objectif majeur de l'établissement et de l'association, ainsi que la recherche de solutions innovantes afin de sourcer, trouver et former des professionnels.

9.2 *Accueil du stagiaire et du nouveau salarié*

45

9.2.1 Accueil

Accueillir un stagiaire ou un nouveau salarié dans un EHPAD est crucial pour assurer leur intégration efficace et leur bien-être au sein de l'équipe. Pour cela nous avons organisé une commission « accueil du stagiaire et du nouveau salarié » afin d'améliorer nos pratiques. Voici quelques bonnes pratiques déjà en place ou à mettre en application :

En amont

- ✓ Informer l'équipe de l'arrivée imminente du stagiaire ou du nouveau salarié.
- ✓ Préparer ses tenues de travail si nécessaire et lui attribuer un vestiaire

A l'arrivée :

- ✓ Le présenter à l'équipe
- ✓ Lui présenter la structure

Accompagnement :

- ✓ Mettre en place d'un doublon
- ✓ Planifier des rencontres régulières entre le nouveau membre et son responsable hiérarchique.

Une commission se réunit tous les trimestres afin de travailler l'accueil des nouveaux salariés et stagiaires.

9.2.2 Evaluation

L'évaluation du nouvel arrivant est réalisée par le cadre de proximité dans son domaine de compétence sur la base du référentiel d'audit des pratiques professionnelles.

Au-delà de l'accueil du nouveau salarié, cet audit est réalisé par chaque salarié à minima une fois par an et autant que de besoin selon la prescription de l'encadrement.

9.2.3 Accompagnement

A l'issue de l'évaluation, l'encadrement et le salarié font un point d'étape, qui vise à affirmer les acquis et à tracer une feuille de route sur les points d'améliorations identifiés. Cela se traduit par des formations, des temps de doublons supplémentaires...

9.3 Politique salariale

Le projet social de l'établissement s'inscrit dans le cadre des valeurs associatives et de celui des autorités de tarification, notamment d'un point de vue budgétaire. Aussi, l'établissement s'efforce de maintenir une politique salariale favorable aux salariés, notamment au regard de l'inflation, et ce pour des raisons aussi bien sociales que concurrentielles.

La concurrence salariale entre établissements publics et établissements privés, au détriment de ces derniers, est un enjeu majeur.

9.4 Analyse de la pratique

L'établissement a mis en place des séances d'analyse de la pratique pour l'ensemble des professionnels. La fréquence des séances varie en fonction des catégories professionnelles.

Ces temps sont obligatoires uniquement pour les personnes présentes le jour de la séance, bien que, l'ensemble des professionnels de la catégorie y sont conviés. La démarche d'analyse de la pratique devant être proactive et souhaitée par chaque salarié afin d'avoir un sens.

9.5 Qualité de vie et conditions de travail

Les questions de qualité de vie et de conditions de travail sont intégrées aux réflexions managériales et organisationnelles de la Résidence Retraite l'Abbaye.

Dès sa conception, le bâtiment a intégré les notions de qualité de vie au travail en se concentrant sur des choix de matériaux doux et adaptés, notamment pour le roulage des chariots. Les locaux techniques ont été pensés au centre des unités de soins afin de réduire les distances pour les professionnels.

Par ailleurs, l'accent est mis sur le matériel afin d'améliorer le confort des résidents. De façon concrète, chaque résident dispose de son matériel dédié. De plus, dans le cadre de la reconstruction de l'établissement chaque chambre a été équipée de rails plafonniers. Cela permet aux professionnels d'avoir le matériel à portée de main.

L'ambiance de travail étant un élément essentiel à la cohésion d'équipe et à l'attractivité, l'accent a été mis sur le confort et l'ambiance de la salle de pause et de son extérieur équipé d'une terrasse aménagée et d'un verger. C'est le lieu où se déroule le temps de convivialité instauré chaque matin après le petit déjeuner des résidents.

La convivialité passe aussi par les temps de repas, et la possibilité pour les salariés de prendre leur repas sur place et de commander le menu du jour auprès de la cuisine, au prix coutant pour l'établissement.

L'établissement forme l'ensemble des professionnels à la relation accordée et notamment au précepte de la communication non-violente. Cette philosophie de communication est portée au quotidien par l'encadrement.

L'établissement tend à limiter le stress périphérique des salariés, notamment sur les questions logistiques, en mettant à disposition un parking gratuit, deux tenues de travail par salarié, comprenant également les chaussures.

Considérant les conditions de travail, l'établissement travaille sur l'augmentation du taux d'encadrement soignant et sur la soutenabilité des horaires, ce qui passe notamment par la suppression des horaires coupés et le maintien d'une organisation en sept heures de travail effectif.

Une enquête de satisfaction est réalisée annuellement auprès des salariés et fait l'objet d'une analyse en CODIR et d'un retour auprès des représentants du personnel.

47

Forces et opportunités :

- ✓ Accueil du nouveau salarié, notamment les temps de doublons et d'évaluation
- ✓ Architecture, matériel et organisation favorable à la qualité de vie au travail
- ✓ Analyse de la pratique
- ✓ Enquête de satisfaction annuelle

Axes d'améliorations :

- ✓ Accueil du nouveau salarié, notamment la formalisation
- ✓ Formaliser l'accueil du nouveau salarié

10. POLITIQUE DE FORMATION

La formation des professionnels est un levier majeur d'amélioration de la qualité de service et une nécessité afin de maintenir à jour les connaissances et les bonnes pratiques professionnelles des salariés auprès des résidents.

10.1 Plan de formation

L'établissement établit annuellement un plan de formation, certaines actions étant programmées de façon pluriannuelle. Ce plan de formation se fonde sur l'évaluation des professionnels par l'encadrement lors des entretiens annuels, mais également sur l'analyse des événements indésirables et des retours d'analyse de la pratique.

Afin d'accompagner au mieux les salariés dans les parcours de formation, notamment en alternance, l'infirmière coordinatrice et une infirmière ont suivi une formation qualifiante de tuteur en entreprise.

10.2 Evolution professionnelle

Dans le cadre des valeurs associatives, et dans un contexte de pénurie de main d'œuvre qualifiée, l'établissement accompagne des professionnels non diplômés en deux temps. Dans un premier temps, une formation pratique de terrain permettant d'évaluer les savoirs être indispensables et de transmettre les bases des bonnes pratiques professionnelles. Cela passe par des temps de doublons allant jusqu'à quatre semaines, auxquels s'ajoutent des temps dédiés avec les infirmières et l'infirmière coordinatrice afin d'apporter les aspects théoriques du métier et les questions éthiques et de bientraitance.

Dans un deuxième temps, ces professionnels sont envoyés en formation diplômante AS/ou AES selon le projet professionnel. Afin d'assurer une tranquillité d'esprit aux professionnels, les frais pédagogiques sont pris en charge par l'établissement et le salaire maintenu pour la durée de la formation. Pour les mêmes raisons, les salariés à temps partiel font l'objet d'un avenant au contrat de travail de passage à temps plein pour la durée de la formation.

10.3 Relation avec les instituts de formation

La Résidence Retraite l'Abbaye est un terrain de stage reconnu et mobilisé par l'IFAS et l'IFSI du CH de Saumur.

Par ailleurs, en partenariat avec le GEIQ et le CEFRAS, l'établissement contribue au déploiement d'une session de formation AES sur Saumur.

Une réflexion devra être menée afin d'établir un partenariat renforcé avec le lycée professionnel des Ardilliers dans le cadre de l'accueil en stage des élèves en bac professionnel.

10.4 GEIQ

L'établissement est adhérent au GEIQ santé social 49, et son directeur en est administrateur.

L'adhésion au GEIQ permet à l'établissement de s'intégrer dans un processus d'apprentissage, auprès d'un public éloigné de l'emploi, tout en étant déchargé des lourdeurs administratives liées à ce dispositif.

L'apprentissage est une voie d'avenir pour répondre à la pénurie de professionnels du secteur. Elle permet un fonctionnement plus attractif pour un public qui n'a pas la possibilité, l'envie de reprendre une formation continue standard. Elle permet à l'établissement d'acculturer l'apprenti à sa culture de soins et d'établissement. Et elle permet l'échange de pratiques et l'ouverture du futur professionnel sur les autres champs de sa profession.

49

Forces et opportunités :

- ✓ Politique de formation qualifiante et diplômante
- ✓ Participation au réseau de formation

Axes d'améliorations :

- ✓ Financement OPCO Santé
- ✓ Disponibilité des professionnels pour participer aux formations tout en maintenant la continuité de service
- ✓ Développer un partenariat avec le lycée des Ardilliers

11. ENGAGEMENTS ENVIRONNEMENTAUX

L'association intègre autant que possible les questions environnementales à ses réflexions.

Dès son origine, la conception du bâtiment intègre les questions environnementales en privilégiant le bois d'origine ecogéré comme matériaux de construction. De plus, la performance RT2012 améliorée de 30% demandée permettra à terme de réduire les consommations d'énergie.

C'est ainsi que lors du projet de construction, la chaufferie 100% gaz a été remise en cause pour passer sur un système de chauffage 70% bois/30% gaz, permettant de réduire l'impact environnemental du chauffage de la Résidence, notamment par le retour à une filière courte pour l'approvisionnement en pellets.

L'établissement est également engagé du point de vue de la restauration. En effet, notre contrat de prestations privilégie le recours aux circuits courts et aux denrées de saison. Par ailleurs, le gaspillage alimentaire est au centre des préoccupations avec la mise en place d'un système de pesée des retours en cuisine et la mise en place d'un compostage des déchets alimentaires avec la société Envie 2E.

Le compost produit, certifié bio, est vendu en circuit court aux exploitants du département.

Forces et opportunités :

- ✓ Chauffage et fourniture d'eau chaude sanitaire majoritairement par des énergies renouvelables
- ✓ Circuit de traitement des bio déchets

12. DEMARCHE QUALITE, SECURITE ET GESTION DES RISQUES

Cette démarche s'appuie notamment sur les recommandations de bonnes pratiques et sur le référentiel d'évaluation. Elle vise à mettre en place une culture et une réflexion continue sur les pratiques professionnelles et l'accompagnement des résidents dans toutes ses composantes.

12.1 Suivi documentaire

La démarche s'appuie sur une base documentaire dont le suivi est assuré par le PACQ de la structure. Celui-ci est nourri par l'ensemble des évaluations, inspections, auto-évaluation, enquête de satisfaction... ayant eu cours au sujet de l'établissement.

51

12.1.1 Les différentes sources du PACQ

1. Projet d'établissement
2. CPOM
3. DAMRI
4. Auto-évaluation du circuit du médicament
5. Evènements indésirables
6. Inspection et évaluation

12.1.2 Prévention et Gestion des risques

❖ *Gestion des événements indésirables*

La déclaration et le suivi des événements indésirables est une composante importante de la démarche qualité afin d'analyser les écarts à la norme et d'évaluer les mesures correctrices mises en place.

L'ensemble de la démarche a été formalisée, l'acculturation des équipes est un processus long qui doit s'appuyer sur le droit à l'erreur et sur la différenciation entre l'erreur et la faute.

Le process d'identification et de déclaration d'un événement indésirable a été protocolisé et communiqué à l'ensemble des professionnels. Il en va de même pour leur traitement.

Il est prévu d'informer le CVS à chacune des réunions sur les événements indésirables ayant eu lieu dans l'établissement depuis la dernière réunion.

Par ailleurs, à l'accueil de l'établissement est affiché l'arrêté de désignation des personnes qualifiés et les adresses mails de contact des autorités de tarification et de contrôle.

L'évaluation des événements indésirables est réalisée en trois temps :

- A chaud par l'encadrement, qui met en place des mesures d'action immédiate
- Mensuellement lors du CODIR, un point est réalisé sur les EI du mois précédent et une évaluation des actions correctives est réalisée. De nouvelles actions peuvent être mises en place si nécessaire

- Mensuellement en commission, les événements indésirables du mois précédent sont repris et les plus graves et/ou les plus redondants font l'objet d'une recherche des causes profondes via la méthode ALARM et d'un arbre des causes profondes

❖ *Personnes qualifiées*

Conformément à la réglementation, l'établissement mets à disposition des résidents et des familles la listes des personnes qualifiées à l'accueil de la structure.

Le recours aux personnes qualifiées et à la médiation à la consommation sont explicités dans le livret d'accueil.

❖ *Plan bleu*

Le plan bleu constitue le plan global de gestion des risques de l'établissements pour faire face à tous type de crises et de situation sanitaire exceptionnelle. Celui-ci s'appuie sur une analyse des forces faiblesses et opportunités et risques de la structure.

Ce plan est mis à jour à minima une fois par an et autant que nécessaire afin de s'adapter et s'ajuster aux risques.

Le plan bleu de la Résidence est entièrement disponible en annexe.

❖ *Recueil de la satisfaction des usagers*

Le recueil de la satisfaction des usagers, résidents et familles, doit permettre de mesurer le degré de qualité des prestations proposées et d'évaluer la mise en place d'actions d'amélioration. Ce recueil de satisfaction sera organisé de façon annuelle à travers une enquête de satisfaction anonyme.

Par ailleurs, une boîte d'expression libre est également disponible à l'accueil et la direction se tient à disposition des familles et des résidents pour échanger avec eux s'ils le souhaitent. Le contenu de la boîte est traité mensuellement par le CODIR.

❖ *La politique de lutte et de prévention contre la maltraitance*

La maltraitance, sous toutes ses formes, représente l'atteinte la plus grave à la dignité des personnes accueillies.

La maltraitance n'est pas un risque hypothétique et lointain, mais bien un risque incontournable, lié aux pratiques de tous les professionnels au contact des personnes vulnérables, quel que soit leur métier. La définition de la maltraitance retenue par l'ANESM est celle du Conseil de l'Europe de 1987 : Une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »

L'établissement s'engage au quotidien par une vigilance permanente des pratiques professionnelles, notamment par l'encadrement et les infirmières. Le questionnement éthique est présent et fait l'objet d'échanges impliquant les professionnels, les usagers et les proches dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale ou lors des réunions pluri professionnelles, bien qu'il ne fasse pas l'objet d'une traçabilité.

L'ensemble des salariés sont sensibilisés, et engagé contractuellement, à la prévention et au signalement des actes de maltraitance. Chaque signalement fait l'objet d'une enquête interne et d'un

signalement aux autorités si les faits sont avérés. Les mesures disciplinaires nécessaires sont évaluées par la direction de l'établissement. Par ailleurs, la liste des personnes qualifiées est disponible à l'affichage à l'accueil de l'établissement, tout comme les coordonnées des autorités de tutelles.

Forces et opportunités :

- ✓ Suivi réactif des EI
- ✓ Un PACQ nourrit des différentes évaluations
- ✓ Un plan bleu mis à jour annuellement
- ✓ Un bâtiment neuf limitant les risques
- ✓ Attention majeure aux risques de maltraitance

53

Axes d'améliorations :

- ✓ Une formalisation des pratiques à mettre en œuvre
- ✓ Enquête de satisfaction famille
- ✓ Enquête de satisfaction résident

13. REFLEXION ETHIQUE

La réflexion éthique au sein de l'établissement est réalisée en continue lors de l'accompagnement des résidents, et notamment lors des temps pluridisciplinaires.

Les salariés sont invités à se questionner sur leurs pratiques, en mettant systématiquement au centre de la réflexion la volonté et le choix du résident. L'importance du respect du choix du résident et de la réflexion éthique dans l'accompagnement font partie des thématiques de la Relation Accordée.

Les temps pluridisciplinaires, et notamment les transmissions sont un temps privilégié pour mener ces réflexions fondées notamment sur la balance bénéfices/risques.

Les temps d'analyse de la pratique qui visent à prendre du recul sur les situations d'accompagnement permettent également de prendre le temps de la hauteur afin de poser un regard critique et éthique sur les pratiques professionnelles.

Cette réflexion se fonde sur les valeurs associatives telles qu'elles ont été définies dans ce projet, et également sur la charte des droits et libertés de la personne âgée et sur la charte bienveillance de l'établissement.

54

Forces et opportunités :

- ✓ Une réflexion éthique existante

Axes d'améliorations :

- ✓ Un manque de formalisation → évaluer l'opportunité d'une commission éthique
- ✓ Evaluer l'opportunité d'une charte éthique
- ✓ Tracer les questionnements éthiques lors des transmissions

14. SYSTEME D'INFORMATION

L'information est un élément central de l'accompagnement des résidents et des salariés. Le droit à la protection de ses données est également un enjeu majeur pour les établissements médico-sociaux.

❖ *Logiciel de soin et logiciel professionnel*

Le logiciel de soin est un enjeu majeur de sécurisation de l'accompagnement et une composante majeure du travail des professionnels auprès du résident. En effet, il contient, les prescriptions, les observations, les plans de soin, les transmissions,...

La Résidence travaille également avec des logiciels professionnels hébergé sur serveur pour l'ensemble de la gestion de la RH, de la comptabilité et de la paye.

❖ *Sécurisation des données*

L'établissement a fait le choix de travailler avec un logiciel full-web, ce qui signifie qu'aucune donnée à caractère médicale n'est conservée informatiquement au sein de la structure.

Les accès au logiciel de soins sont individuels (login et mot de passe) et les droits d'accès strictement limités aux informations nécessaires à sa catégorie professionnelle.

Par ailleurs, chaque mot de passe doit être modifié tous les trois mois, faire 8 caractères minimum, dont une majuscule, un chiffre et un caractère spécial.

L'accès aux données serveur ne sont possibles qu'au personnes ayant les droits dédiés.

Les personnels administratifs disposent d'un ordinateur portable avec un accès VPN sécurisé, notamment pour un accès à distance durant les astreintes et à l'occasion pour du télé travail.

Les données sont serveurs font l'objet de deux sauvegardes différencié plusieurs fois par jours.

❖ *RGPD*

L'établissement a commencé sa mise en conformité RGPD en lien avec le GRADES et orange web sécurité. A cette occasion une première cartographie des données et des risques a été identifié et un Délégué à la Protection des Données (DPO) a été nommé.

L'ensemble des droits relatifs à la RGPD sont explicités dans le contrat de séjour des résidents et dans le contrat de travail des salariés.

Forces et opportunités :

- ✓ Une politique de sécurisation des données existantes

Axes d'améliorations :

- ✓ Formaliser une charte informatique
- ✓ Poursuivre le déploiement de la RGPD

15. SYNTHÈSE

Le projet d'établissement 2025-2030 de la Résidence Retraite l'Abbaye, fruit d'un travail des professionnels, viendra nourrir les négociations dans le cadre du CPOM à venir et a pour ambition de répondre au mieux aux objectifs de qualité fixés par la Haute Autorité de Santé et au projet associatif.

L'accent est avant tout mis sur le maintien de l'autonomie, du lien social et de l'EHPAD comme lieu de vie. EHPAD privé associatif à but non lucratif, l'établissement est gouverné par un Conseil d'Administration et dispose d'instances de représentation des usagers et des personnels.

Ses valeurs de professionnalisme, de bienveillance et d'esprit d'équipe sont au service d'un accompagnement personnalisé des résidents au bénéfice du maintien de l'autonomie et de la qualité de vie.

Le projet de vie sociale porte en élément central une dynamique autour du Projet d'Accompagnement Personnalisé dont la démarche est en cours de réévaluation pour en faire partager la culture par tous. L'expression de la parole du résident et de ses proches est encouragée au quotidien. Une réflexion est à poursuivre en ce qui concerne les souhaits de fin de vie ; il s'agit d'un sujet parmi d'autres qui devrait alimenter les débats **éthiques** à venir. L'offre d'activités et d'animations se veut variée et est à visée thérapeutique. La participation d'intervenants extérieurs est recherchée, sur le modèle du bénévolat ou du partenariat, notamment avec le CRT et la plateforme de répit.

Le projet de soins, porté par une équipe pluridisciplinaire formée et diplômée, couvre l'ensemble des thématiques à aborder pour mieux accompagner l'avancée dans l'âge. La bientraitance est au cœur de ces pratiques et doit être encouragée et renforcée. Le CPOM devra garantir les moyens adéquats à la mise en œuvre de ce projet.

Un **Programme d'Accompagnement Spécialisé**, une **Unité pour Personnes Agées Désorientées et la réflexion architecturale** permettent d'accompagner au mieux et à différents stades de la maladie, les résidents atteints de maladies neuro-dégénératives.

L'établissement affiche une politique de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ambitieuse, tout en multipliant les modalités non médicamenteuses d'accompagnement.

L'établissement est reconnu pour ses accompagnements de fin de vie ; savoir-faire qui est renforcé par les apports de la Relation Accordée. L'établissement collabore par conventions avec différents services hospitaliers du CH de Saumur ainsi qu'avec les services de l'HAD.

Le projet social et environnemental s'attache à décrire la stratégie en matière de pilotage des ressources humaines, d'accompagnement et de formations des professionnels dans un contexte contraint. Il affiche une volonté de bien accueillir les nouveaux personnels afin de les fidéliser, tout en proposant des formations permettant un développement des compétences des professionnels tout au long de leur parcours. Des actions en matière de qualité de vie au travail sont conduites. Une politique de communication doit permettre de mettre en valeur ces actions et de développer l'attractivité de la structure. Un dialogue social de qualité est en place.

L'établissement est vigilant quant à son impact environnemental, notamment au travers de son projet architectural, et également de ses modalités de chauffage et de gestion de ses déchets.

Le projet qualité, sécurité et gestion des risques balaie un champ étendu d'expertises : gestion des événements indésirables (soins et hors soins), gestion des plaintes et réclamations, maîtrise du risque

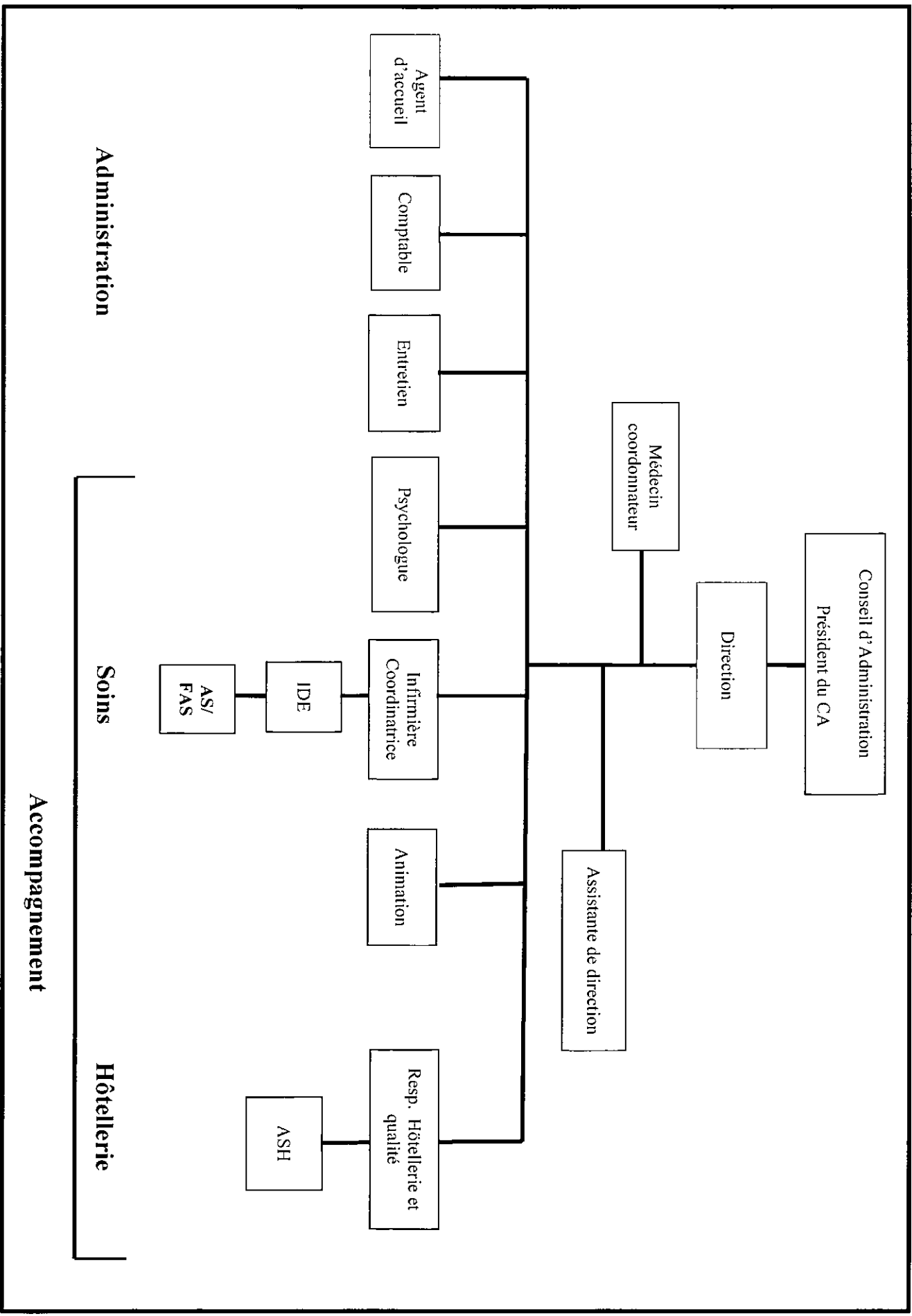
infectieux, plan de continuité d'activités. L'organisation de la démarche qualité est détaillée. La maîtrise réglementaire traite à la fois du pilotage du système d'informations (sécurisation de l'organisation informatique et protection des données), des outils de pilotage et de gouvernance (tableaux de bord), de responsabilité sociétale des entreprises.

L'ensemble des axes d'amélioration identifiés tout au long de l'élaboration du projet d'établissement fait l'objet d'une présentation sous la forme d'un plan d'objectifs et d'actions annexé au présent document.

16. ANNEXES

- ✓ Organigramme
- ✓ Plan
- ✓ Charte des droits et liberté de la personnes accueillie
- ✓ Charte bientraitance
- ✓ Protocole signalement maltraitance
- ✓ Protocole prévention maltraitance
- ✓ Programme PAS
- ✓ Plan d'action

ORGANIGRAMME RESIDENCE RETRAITE L'ABBAYE



PLAN D'INTERVENTION

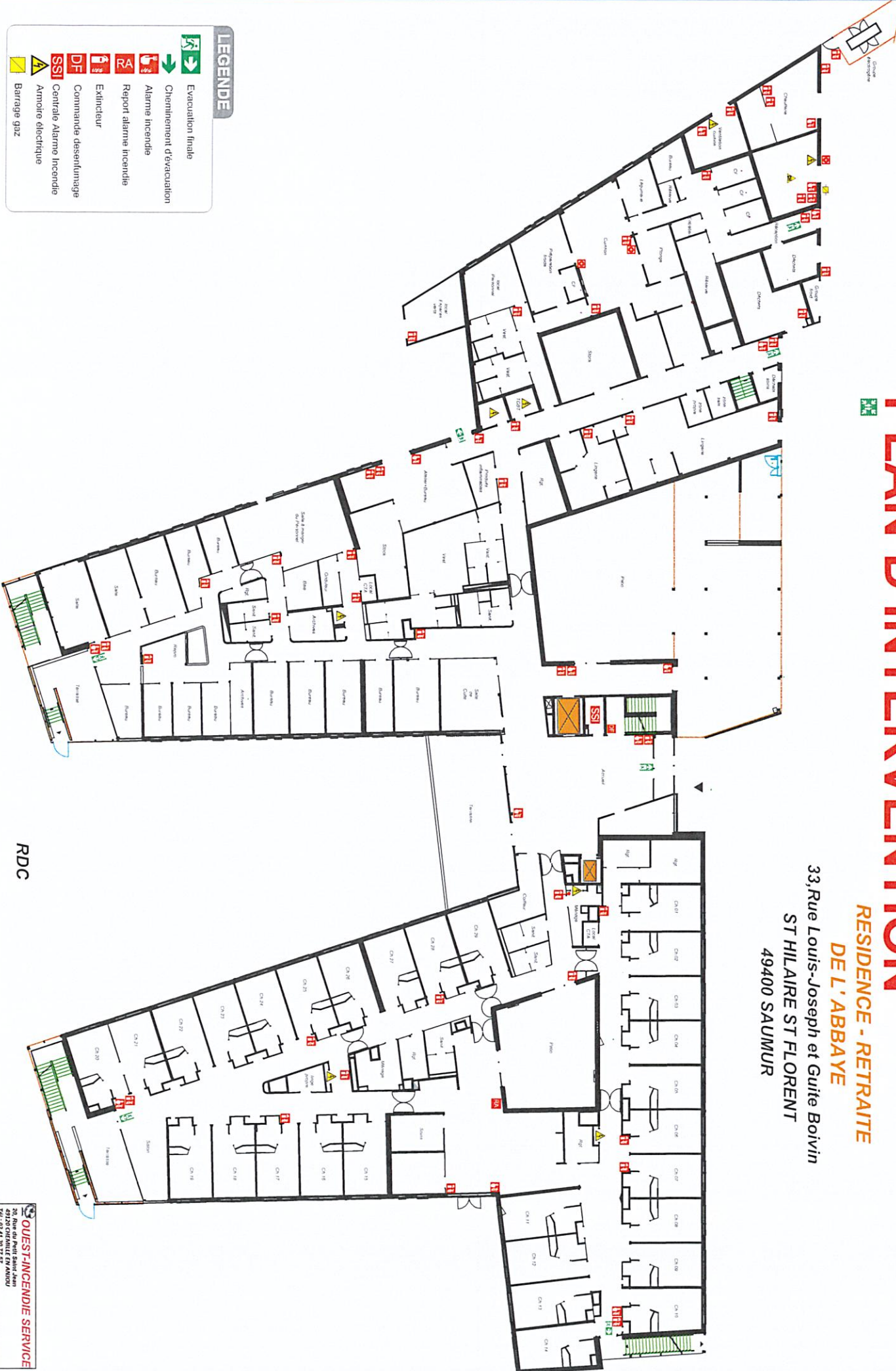
RESIDENCE - RETRAITE

DE L'ABBAYE

33, Rue Louis-Joseph et Guite Boivin

ST HILAIRE ST FLORENT

49400 SAUMUR



LEGENDE

- Evacuation finale
- Cheminement d'évacuation
- Alarme Incendie
- Report alarme Incendie
- Extincteur
- Commande desenfumage
- Centrale Alarme Incendie
- Armoire électrique
- Barrage gaz

RDC

PLAN D'INTERVENTION

RESIDENCE - RETRAITE

DE L'ABBAYE

33, Rue Louis-Joseph et Guite Boivin

ST HILAIRE ST FLORENT

49400 SAUMUR



LEGENDE

-  Evacuation finale
-  Cheminement d'évacuation
-  Alarme Incendie
-  Report alarme Incendie
-  Extincteur
-  Commande descentumage
-  Centrale Alarme Incendie
-  Armoire électrique
-  Barrage gaz

ETAGE

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng

Fondation Nationale de Gérontologie
49, rue Mirabeau - 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 - www.fng.fr

Version révisée 2007





CHARTRE BIENTRAITANCE

Un groupe de travail dynamique s'est formé au sein de la résidence avec pour objectif de développer une charte relative à la promotion de la Bientraitance.

Les membres, comprenant l'ensemble des professionnels de la résidence ont collaboré étroitement pour définir des principes éthiques et des normes de qualité des soins.

Les échanges fructueux et la participation active de tous reflètent l'engagement collectif envers le bien-être des résidents, renforçant ainsi la culture de respect et d'humanité au sein de l'établissement.

Cette initiative prometteuse vise à garantir un environnement empreint de bienveillance et de dignité.



L'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRESTATIONS

C'est actualiser nos connaissances, se questionner sur nos pratiques professionnelles et évaluer la satisfaction des résidents et de leurs proches.

- Par exemple, lorsqu'un résident revient d'une hospitalisation nous réévaluons sa dépendance (GIR) afin d'adapter son environnement.
- Par exemple, nous sommes régulièrement sensibilisés et formés aux bonnes pratiques d'utilisation des produits d'entretien et du matériel.



LE RESPECT DE L'INTIMITÉ ET DE LA DIGNITÉ

L'accompagnement quotidien du résident se fait dans le maintien de son autonomie ainsi que dans le respect de son intimité et de sa dignité.

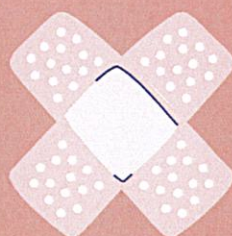
- Par exemple, lors des soins d'hygiène, nous veillons à ce que la porte et/ou les volets de son logement soient fermés.
- Par exemple, lors des repas, nous sommes vigilants à adapter l'environnement du résident (couvert ergonomique, assise appropriée, tapis antidérapant) afin qu'il reste autonome dans les actes de la vie quotidienne.



LA LIBERTÉ DE CHOIX ET DE DÉCISION

C'est questionner le résident à propos de ses besoins et rechercher activement son consentement.

- Par exemple, lors des soins, nous proposons aux résidents de choisir ses vêtements.
- Par exemple, les animations sont proposées aux résidents, libres à eux d'accepter ou de refuser d'y participer.



AGIR CONTRE LA DOULEUR AÏGUE OU CHRONIQUE, PHYSIQUE ET/OU MORALE

Accompagner le résident dans la gestion de ses douleurs sous toutes ses formes à travers un questionnement, une observation, une évaluation et une action.

- Par exemple, dès que nous constatons une plainte physique, nous mettons en place une échelle d'évaluation de la douleur (Algoplus) pour nous adapter aux besoins du résident (équilibre de traitement, changement de position, matériels adaptés)
- Par exemple, lorsqu'un résident exprime un mal-être ou que nous constatons un changement de comportement, nous sommes rassurants et à son écoute afin qu'il se sente apaisé.



L'ATTITUDE PROFESSIONNELLE

C'est une posture qui nous engage à un ensemble de valeurs et de pratiques comme la courtoisie, la confiance, l'empathie et la communication.

- Par exemple, dans chaque acte effectué auprès d'un résident, d'une famille ou d'un collègue, je le fais avec respect et sans jugement.
- Par exemple, j'aide mes collègues dès qu'elles en ont besoin.



L'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE

Accompagner le résident en fin de vie en assurant une présence, son confort dans le respect de ses croyances et de ses dernières volontés tout en y associant ses proches.

- Par exemple, nous sommes attentifs à nous adapter aux besoins évolutifs du résident et de ses proches à travers des visites régulières.
- Par exemple, il est possible que les proches du résident soient présents à son chevet jour et nuit.



PROCEDURE DE SIGNALEMENT D'UN ACTE DE MALTRAITANCE

HPGR-PGR- MAL-
PRO.1 IV.2

Page 1 sur 5

Rédaction : M. GUIBERT Fonction : Directeur		Vérification: Fonction :		Approbation : M. GUIBERT Fonction : Directeur	
Date : <i>05/01/27</i>	Signature : <i>[Signature]</i>	Date :	Signature :	Date : <i>05/01/27</i>	Signature : <i>[Signature]</i>

1- Objet

Cette procédure vise à définir un évènement indésirable, une plainte et un réclamation et à en définir les modalités de signalement et de recueil.

2- Cibles/diffusion

Cette procédure s'adresse à l'ensemble des salariés de la structure.

La responsable hôtellerie et qualité est responsable de sa bonne diffusion via netsoins.

Les cadres de la structure sont responsables de sa bonne application.

3- Définition

La définition de la maltraitance retenue par l'Anesm est celle du Conseil de l'Europe de 1987 : Une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.»

De fait il existe différent types de maltraitance :

- les violences physiques
- les violences sexuelles
- les violences médicales
- les violences financières
- les négligences actives
- la privation de citoyenneté
- les violences psychologiques
- les négligences passives

Les violences physiques :

- Coups, gifles, brûlures, marques de contention, mauvaise manipulation, soins brusques, exiger des efforts impossibles à réaliser pour la personne, lui tirer les cheveux.

Les violences sexuelles :

- Attouchements, abus, viols ...



Les violences médicales :

- Manque de soins.
- Abus ou privation de médicaments.
- Manque de soulagement de la douleur.
- Manque d'informations sur la prise en charge médicale.
- Manque de coordination dans les soins.

Les violences financières :

- Vols, extorsions de fonds.
- Signature forcée.
- Privation des moyens de paiement.
- Procuration abusive.

Les négligences actives :

- Définition : privation des aides indispensables à la vie quotidienne avec intention de nuire.
- Absence de prise en compte des besoins de la personne âgée : hygiène déplorable, abandon, mise en danger de la personne.

La privation de citoyenneté :

- Définition : c'est priver la personne d'exercer ses droits civiques, sociaux, culturels et d'être actrice des choix de son quotidien.
- Retirer les papiers d'identité.
- Non distribution de la correspondance.
- Enfermement dans les chambres.
- Obligation de participer aux animations.
- Empêcher d'exercer librement sa foi.
- Déménagement forcé.
- Non respect de la vie privée.



Les violences psychologiques :

- Définition : c'est contraindre par des propos ou des comportements répétés une personne à entrer dans une action contre sa volonté ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie.
- Insultes, cris.
- Manque de respect : impolitesse, infantilisation, tutoiement, familiarité.
- Non respect des goûts.
- Manque de communication (isolement).
- Non respect de l'intimité.
- Non respect des habitudes de vie (lève-tôt, lève-tard).

Les négligences passives :

- Définition : oublis répétés sans intention de nuire ayant pour effet une dégradation des conditions de vie et de l'état de la personne.
- Manque de prise en compte des besoins de la personne âgée :
 - manque d'aide pour le lever, le coucher, la toilette, l'habillage, la marche, manger, boire, aller aux toilettes.
 - matériel inadapté, fauteuil roulant, logement, produits d'hygiène, protection urinaire, chauffage trop bas, ventilateur trop fort.
 - manque de stimulation, d'occupations, de sorties.

4- Modalités de recueil et de signalement

Tout événement relevant de l'une des situations présentées précédemment doit faire l'objet d'un événement indésirables avec la cible maltraitance.

Le signalement doit faire l'objet d'un rapport circonstancié et détaillé.

Le déclarant doit indiquer :

- le type d'évènement
- La personne concernée s'il y a lieu
- La date et l'heure
- Le degré de gravité selon le référentiel suivant :



PROCEDURE DE SIGNALEMENT D'UN ACTE DE MALTRAITANCE

HPGR-PGR-MAL-
PRO.1/V.2

Page 4 sur 5

Niveau de gravité	Échelle	Commentaires
1	Indéterminé/mineur	Evènement bénin générant peu ou pas de dommage
2	Significatif	Evènement générant une défaillance faible de l'organisation ou un risque de blessure bénigne
3	Majeur	Evènement provoquant une défaillance critique de l'organisation ou un risque de blessure grave
4	Critique/catastrophique	Evènement provoquant une défaillance irréversible de l'organisation ou un risque mortel

Niveau de fréquence	Échelle	Commentaires
1	Très rare	Evènement pouvant survenir au maximum une fois par an ou peu vraisemblable ou jamais rencontrée
2	Rare	Evènement pouvant survenir au maximum plusieurs fois par an sur le lieu de travail
3	Fréquent	Evènement pouvant survenir au maximum une fois par mois sur le lieu de travail
4	Très fréquent	Evènement pouvant survenir au maximum plusieurs fois par mois sur le lieu de travail

		Gravité du dommage			
		1	2	3	4
Fréquence d'apparition	1	1	2	3	4
	2	2	4	6	8
	3	3	6	9	12
	4	4	8	12	16

Cotation de l'événement indésirable :

	Catastrophique
	Critique
	Majeur
	Significatif
	Indéterminé/mineur

Par ailleurs tout signalement relevant d'un EIG doit faire l'objet d'un signalement spécifique conformément au protocole signalement et recueil d'un EIG et ses annexes.



**PROCEDURE SUR LA PROMOTION DE LA
BIENTRAITANCE ET DE LUTTE CONTRE LA
MALTRAITANCE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT**

HPGR-PGR-MAL-
PROC.2

Page 1 sur 4

Rédaction : M. GUIBERT
Fonction : Directeur

Approbation : M. GUIBERT
Fonction : Directeur

Date :
22/01/2017

Signature :

Date :

Signature :

Date :
22/01/2017

Signature :

1- Objet :

Cette procédure vise à définir les modalités de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance au sein de la Résidence Retraite l'Abbaye.

2- Diffusion

Cette procédure s'adresse à l'ensemble des professionnels de la structure.
La diffusion de ce protocole est sous la responsabilité de la Responsable Hôtellerie et qualité.
Sa bonne application est du ressort de l'ensemble des cadres de l'établissement

3- Promotion de la bientraitance

a. Définition

La bientraitance est définie par la HAS comme étant « 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. »

b. Méthodologie

Dès lors, la promotion de la bientraitance comprend l'ensemble des actions visant à :

- Informer et former les salariés sur ce qu'est la bientraitance
- L'identification, la formation et la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles
- Encourager les professionnels au questionnement

c. Outils

Pour ce faire la Résidence Retraite l'Abbaye déploie plusieurs outils :

- Formation des professionnels à la relation accordée
- Rédaction d'une charte bientraitance
- Analyse de la pratique
- CREX
- Temps d'échange pluridisciplinaire
- Diverses commissions
- Diffusion des RBPP

4- Prévention de la maltraitance

a. Définition

La définition de la maltraitance retenue par l'Anesm est celle du Conseil de l'Europe de 1987 : Une violence se caractérisant « par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.»

De fait il existe différents types de maltraitance, certaines qui semblent plus évidentes que d'autres à identifier :

- les violences physiques
- les violences sexuelles
- les violences médicales
- les violences financières
- les négligences actives
- la privation de citoyenneté
- les violences psychologiques
- les négligences passives

Les violences physiques :

- Coups, gifles, brûlures, marques de contention, mauvaise manipulation, soins brusques, exiger des efforts impossibles à réaliser pour la personne, lui tirer les cheveux.

Les violences sexuelles :

- Attouchements, abus, viols ...

Les violences médicales :

- Manque de soins.
- Abus ou privation de médicaments.
- Manque de soulagement de la douleur.
- Manque d'informations sur la prise en charge médicale.
- Manque de coordination dans les soins.

Les violences financières :

- Vols, extorsions de fonds.
- Signature forcée.
- Privation des moyens de paiement.
- Procuration abusive.



Les négligences actives :

- Définition : privation des aides indispensables à la vie quotidienne avec intention de nuire.
- Absence de prise en compte des besoins de la personne âgée : hygiène déplorable, abandon, mise en danger de la personne.

La privation de citoyenneté :

- Définition : c'est priver la personne d'exercer ses droits civiques, sociaux, culturels et d'être actrice des choix de son quotidien.
- Retirer les papiers d'identité.
- Non distribution de la correspondance.
- Enfermement dans les chambres.
- Obligation de participer aux animations.
- Empêcher d'exercer librement sa foi.
- Déménagement forcé.
- Non respect de la vie privée.

Les violences psychologiques :

- Définition : c'est contraindre par des propos ou des comportements répétés une personne à entrer dans une action contre sa volonté ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie.
- Insultes, cris.
- Manque de respect : impolitesse, infantilisation, tutoiement, familiarité.
- Non respect des goûts.
- Manque de communication (isolement).
- Non respect de l'intimité.
- Non respect des habitudes de vie (lève-tôt, lève-tard).

Les négligences passives :

- **Définition** : oublis répétés sans intention de nuire ayant pour effet une dégradation des conditions de vie et de l'état de la personne.
- Manque de prise en compte des besoins de la personne âgée :
 - manque d'aide pour le lever, le coucher, la toilette, l'habillage, la marche, manger, boire, aller aux toilettes.
 - matériel inadapté, fauteuil roulant, logement, produits d'hygiène, protection urinaire, chauffage trop bas, ventilateur trop fort.
 - manque de stimulation, d'occupations, de sorties.

b. Méthodologie

Dès lors, la prévention de la maltraitance comprend l'ensemble des actions visant à :

- Informer et former les salariés sur ce qu'est la maltraitance
- Identifier et prévenir les situations à risques

- L'identification, la formation et la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles
- Encourager les professionnels au questionnement

c. Outils

Pour ce faire la Résidence Retraite l'Abbaye déploie plusieurs outils :

- Sensibilisation à la définition de la maltraitance
- Formation des professionnels à la relation accordée
- Analyse de la pratique
- CREX
- Temps d'échange pluridisciplinaire
- Diverses commissions
- Diffusion des RBPP

Projet de service : PAS Salon Bleu



Le PAS: Programme d'accompagnement spécialisé

Le PAS est une pièce au sein de laquelle est organisée et proposée durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques collectives aux résidents de l'EHPAD.

Le programme d'activités est élaboré par un psychologue en collaboration avec les autres professionnels (IDEC, IDE, ASG, AS).

Ce pôle sera ouvert 5 jours sur 7, du lundi au vendredi de 10h45 à 16h.

Il accueillera, selon les besoins des personnes, 8 résidents de l'EHPAD.

Le PAS n'est pas ouvert à un recrutement extérieur.

Les missions du PAS

Le projet PAS répond à des besoins identifiés au sein de la résidence La croix verte.

Il a pour objectif d'offrir un accompagnement spécifique et personnalisé en fonction des besoins des résidents, notamment afin de diminuer les troubles du comportement induit par une maladie neuro-dégénérative.

Il s'articule autour d'objectifs ciblés :

- Personnaliser la prise en soins
- Entretenir les facultés restantes pour préserver l'autonomie
- Stimuler les fonctions cognitives
- Renforcer le lien social
- Préserver l'identité et maintenir les repères
- Maintenir une bonne estime de soi

Les personnes accueillies au PAS

Le PAS accueille des résidents :

- Souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux légers à modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents
- Après un bilan pluridisciplinaire sous la responsabilité du psychologue, concernant les troubles observés ; il s'appuiera sur une évaluation chiffrée : du NPI-ES et d'un MMSE.

Les critères d'accueil

L'accueil nécessite qu'au préalable :

- Le diagnostic ou l'identification d'une maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée
- Le consentement de la personne ait été activement recherché, ainsi que l'adhésion de la famille ou de l'entourage proche
- Une évaluation en équipe pluridisciplinaire (MMSE, NPI-ES, GIR)
- Les objectifs de prise en soins dans le PAS soient inclus dans le projet d'accompagnement personnalisé

Interruption de l'accompagnement au PAS

L'arrêt de l'accompagnement au PAS se posera si les réévaluations régulières font apparaître que la personne concernée :

- Présente une évolution des troubles incompatibles avec les activités proposées
- Présente une perte d'autonomie importante
- Présente une incompatibilité relationnelle avec les autres personnes accueillies au PAS
- N'obtient plus aucun bénéfice du temps passé au PAS
- Ne souhaite plus participer au PAS

Les locaux mis à disposition



Le PAS existe depuis décembre 2023.

Il est localisé au rez-de-chaussée de la résidence dans la salle de culte.

Les professionnels du PAS



L'équipe du PAS est une équipe dédiée, cela veut dire qu'elle comprend un nombre de professionnel restreint, toujours les mêmes.

Les professionnels rattachés au fonctionnement du PAS sont :

- 1 Médecin coordonnateur : La coordination médicale du PAS est sous la responsabilité du médecin coordonnateur.
- 1 IDEC (infirmière coordinatrice) : Elle intervient dans la validation du fonctionnement du PAS en lien avec la psychologue et l'équipe infirmière.
- 1 IDER (infirmière référente) : L'équipe infirmière s'assure de la distribution et de la prise des médicaments lors du repas du midi. Si la personne accueillie présente une problématique de santé, l'infirmière est sollicitée pour évaluer la situation et prendre les décisions nécessaires. L'IDER fait le lien avec la famille si besoin.
- 1 Psychologue : La psychologue est responsable du fonctionnement du PAS. Elle détermine si les résidents peuvent bénéficier du PAS ou s'ils doivent sortir du dispositif. Elle anime certains ateliers du PAS. Elle a un rôle de soutien et d'information auprès des personnes accueillies et des familles.
- 2 Assistants de Soins en Gériatrie (ASG) , 1 Accompagnant éducatif et social (AES) et 2 aide soignante (AS) : Ces professionnels assurent en collaboration avec les autres membres de l'équipe, l'accueil des personnes concernées et la conduite des ateliers du PAS.

L'accompagnement non médicamenteux à effet thérapeutique

Le projet de soins du PAS est d'encourager des thérapies s'appuyant sur les ressources, les compétences et les capacités des personnes âgées accueillies.

Une réponse aux problèmes d'anxiété, d'agitation ou d'agressivité des résidents doit être apportée par une prise en soins thérapeutique différente privilégiant un accompagnement relationnel poussé et une stimulation cognitive adaptée.

Cette prise en soin veillera notamment à adapter, en fonction de l'évolution de la maladie, les modalités de communication (langage, parole, gestes, attitudes, etc.) des professionnels intervenants.

Les activités proposées

Le programme d'activités est élaboré sous la responsabilité de la psychologue en lien avec l'équipe du PAS et validé par le médecin coordonnateur.

Chaque activité a son protocole avec le déroulement de la séance ainsi que les objectifs thérapeutiques visés.

Les activités proposées au sein du PAS :

- Activités de stimulation cognitives : mémoire, réminiscence
- Activités physiques et de bien-être : gym douce, toucher-massage, manucure
- Repas thérapeutique
- Atelier de la vie quotidienne : entretien de l'environnement, pliage, mis du couvert
- Activités manuelles : dessin, décoration

La toilette thérapeutique



L'accompagnement dans les soins d'hygiène fait également partie du projet thérapeutique du PAS. En effet, l'équipe soignante veille aux maintiens des acquis lors des actes de la vie quotidienne à travers une communication et une stimulation adaptée.

Préserver les acquis des résidents, les laisser faire en les guidant, donner des consignes, faire seul, au rythme du résident, tout cela fait partie de la stratégie d'accompagnement proposé au sein du PAS.

Une journée type au PAS



- 8h30 : Lecture des transmissions sur Netsoins
- 8h45-10h30 : Toilettes thérapeutiques
- 10h30-10h45 : Transferts des résidents vers le PAS
- 10h45-11h45 : Réveil cognitif
- 11h45-12h : Préparation de la table pour le repas
- 12h-13h : Repas thérapeutique
- 13h-13h40 : Accompagnement aux soins d'hygiène
- 13h40-14h00 : Pause
- 14h00-14h20 : Transmissions d'équipe EHPAD
- 13h30-14h45 : Temps de repos résident
- 14h45- 15h45 : Activité en fonction du planning
- 15h45-16h : Accompagnement des résidents au goûter
- 16h-16h20 : Traçabilité des activités de la journée

RECUEIL DE CONSENTEMENT

participation PAS

Le PAS, le programme d'accompagnement spécialisé, est destiné aux résidents hébergés à la résidence Retraite l'Abbaye. Il est animé par du personnel formé à la prise en charge des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Le résident est sollicité par des activités animées par des professionnels ayant pour objectif le maintien ou la réhabilitation des capacités fonctionnelles, cognitives, sensorielles et du lien social.

Les activités qui y sont menées sont en lien avec des objectifs fixés pour chaque résident. La participation des résidents au PAS répond obligatoirement à des critères bien précis.

Critères d'admission au PAS :

- ✓ Être atteint d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée
- ✓ Présenter des troubles psycho-comportementaux légers à modérés
- ✓ Avoir reçu un avis favorable de l'équipe pluridisciplinaire
- ✓ Consentir à sa participation

Une évaluation régulière de ces critères permet le maintien de la participation au PAS.

Critères de sortie du PAS :

- ✓ Diminution ou augmentation des troubles psycho-comportementaux
- ✓ Absence de participation aux activités
- ✓ Perte de d'autonomie

La décision de sortie du PAS est prise en équipe pluridisciplinaire et annoncée au résident et à sa personne de confiance par la psychologue.

Je soussigné(e):..... Résident

Ou le cas échéant, représenté (e) par Mme ou Mr

.....

- Déclare avoir été informé (e) des conditions d'admission et de sortie du PAS et m'y conformer.

- Accepte N'accepte pas de participer aux activités du PAS.

Fait le :

Signature :

Chapitre	Axes d'amélioration	Actions	Responsable	Echéance	Statut	Date de réalisation		
Projet architectural	Favoriser l'appropriation des lieux par les résidents	Favoriser l'utilisation du salon lecture et du coin presse	Comité animation	T4 2025				
	Améliorer l'accessibilité	Solliciter la mairie pour la mise en place d'un jalonnement	Directeur	T4 2025	EC			
	Mettre en place une commission chute et contention		Finaliser le protocole	CDS/medco	T2 2025			
			Mettre en place la commission	CDS/medco		F		
		Mettre en place un avenant au contrat de séjour	Directeur		F			
	Relation accordée		Poursuivre la formation initiale du personnel	Directeur	en continue	EC		
			Mettre en place les formations de rappels	Directeur	en continue	EC		
			Mettre en place un groupe de référents RA avec un temps d'analyse de la pratique	Directeur	en continue	EC		
	Projet de soins	Personnalisation de l'accompagnement du résident	Définir les modalités de PAP permettant sa mise en œuvre effective au regard des contraintes de la structure	CODIR	T2 2025	EC		
		Réaliser une EGS à l'admission	Définir les items de l'EGS	CDS/medco		F		
			Formaliser la procédure de l'EGS	CDS	T2 2025	EC		
		Poursuivre le perfectionnement du circuit du médicament		Définir la liste préférentielle des médicaments	medco		F	
				Actualiser le livret thérapeutique	medco		F	
			Réaliser l'autodiagnostic du circuit du médicament annuellement	CDS	En continue	NF		
Assurer le suivi alimentaire des résidents dans toutes ses composantes			Evaluer l'opportunité d'intégrer le dispositif antib'Ehpad	CODIR	2026	NF		
			Mettre en place un CLAN	CDS/medco		F		
			Formaliser les pratiques professionnelles et poursuivre la formation des professionnels sur les thématiques suivantes (dénutrition, déshydratation, hygiène buccodentaire, prévention des escarres)	CDS/directeur/CLAN	en continue	EC		
			Mettre en place un CLUD	CDS/medco		F		
Projet de vie sociale	Poursuivre la politique de prise en charge de la douleur	Formaliser les pratiques professionnelles	CDS/CLUD	T2 2025				
	Poursuivre l'accompagnement de fin de vie	Favoriser les pratiques non médicamenteuse	CDS/medco/CLUD	En continue				
		Poursuivre la formation des équipes sur la fin de vie	CDS/medco/directeur	En continue				
	Poursuivre le travail de formalisation et de déploiement des PAP	Mettre en place une commission soins palliatifs	CDS	continue	F			
		Formaliser la procédure d'accompagnement de fin de vie	CDS/medco/psycho	T2 2025				
	Renforcer le temps de coordination médicale		Formaliser la procédure de création	CODIR		F		
			Poursuivre la complétion de la bibliothèque des objectifs	Psychologue	T3 2025	EC		
				Directeur	En continue			
	Développer les partenariats	Intégrer des temps d'activités le weekend		Comité animation	En continue			
		Developper le benevolat	Solliciter les familles via l'enquête de satisfaction	Comité animation/directeur	Annuelle			
		Renouer les partenariats pre-covid	Coordinatrice de vie sociale/Comité animation	en continue				
		Solliciter de nouveaux partenariats	Coordinatrice de vie sociale/Comité animation	en continue				

