



ASSOCIATION
Hyacinthe Hévin

Projet d'établissement EHPAD Hyacinthe Hévin



TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	5
METHODOLOGIE DE LA DEMARCHE PROJET :.....	5
OBJECTIFS DE LA DEMARCHE PROJET :	6
1. PROJET INSTITUTIONNEL	6
1.1. L'ENVIRONNEMENT LEGISLATIF.....	6
1.2. L'HISTOIRE DE L'ETABLISSEMENT, SON EVOLUTION DANS LE TEMPS.....	6
1.3. PRESENTATION DE LA STRUCTURE	8
1.4. MISSIONS, REPERES ET PUBLIC.....	8
1.5. PRINCIPES ET VALEURS.....	11
2. PROJET DE VIE D'ETABLISSEMENT	12
2.1. LA DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE DU RESIDENT	12
2.1.1. LES MODALITES DU PROCESSUS D'ADMISSION	12
2.1.2. LA VISITE DE PREADMISSION	12
2.1.3. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL DU RESIDENT DANS L'ETABLISSEMENT.....	12
2.1.4. LA PROCEDURE DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP)	13
2.1.5. LES REFERENTS	14
2.1.5.1. LE ROLE DU REFERENT.....	14
2.1.5.2. LES MODALITES	15
2.1.5.3. LES MISSIONS	15
2.1.6. L'INTEGRATION DES SOINS DANS LE PROJET PERSONNALISE	15
2.1.7. LE SUIVI DU PROJET PERSONNALISE.....	16
2.2. LE RESPECT DES DROITS DES PERSONNES ACCUEILLIES	17
2.2.1. LES DROITS FONDAMENTAUX DES RESIDENTS	17
2.2.2. L'INFORMATION DE SES DROITS AU RESIDENT	17
2.2.3. LES MODALITES MISES EN PLACE POUR LES RENDRE EFFECTIFS.....	17
2.3. LA PARTICIPATION DES RESIDENTS.....	21
2.3.1. LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE	21
2.3.2. LA COMMISSION MENU	22
2.3.3. LA COMMISSION ANIMATION	22
2.4. L'ETHIQUE ET LA CULTURE DE LA BIENTRAITANCE.....	23
2.5. L'ORGANISATION INTERNE DE L'OFFRE DE PRESTATION.....	26
2.5.1. LA PARTICIPATION DES RESIDENTS ET DES FAMILLES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT.....	26
2.5.2. LES PROFESSIONNELS CONCOURANT A LA PRISE EN SOINS DES RESIDENTS.....	27

2.5.3.	LES PROFESSIONNELS TRANSVERSAUX	28
2.5.4.	L'ACCUEIL DES STAGIAIRES	28
2.6.	L'HEBERGEMENT	29
2.6.1.	L'ENTRETIEN DES LOCAUX.....	30
2.6.2.	LA RESTAURATION	30
2.6.3.	LA LINGERIE.....	32
2.6.4.	LA MAINTENANCE DES LOCAUX ET LA SECURITE	33
2.7.	LE PROJET D'ANIMATION	33
2.7.1.	OBJECTIFS DE L'ANIMATION	34
2.7.2.	L'ANIMATION AU QUOTIDIEN	34
2.7.3.	L'EQUIPE D'ANIMATION	35
2.7.4.	LA COMMUNICATION.....	35
2.7.5.	L'EVALUATION	35
2.7.6.	LA PLACE DES BENEVOLES.....	36
2.7.6.1.	LA PLACE DES BENEVOLES DE L'AUMONERIE	37
2.7.6.2.	LA PLACE DES BENEVOLES DE L'ANIMATION.....	37
3.	PROJET MEDICAL ET DE SOINS	38
3.1.	ORGANISATION DE LA PRISE EN SOIN MEDICALE ET SOIGNANTE	38
3.1.1.	ORIENTATIONS DU PROJET MEDICAL ET DE SOINS.....	38
3.1.2.	FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE SOIGNANTE PARAMEDICALE ET PERSONNALISATION DE LA PRISE EN SOIN.....	38
3.1.3.	SUIVI MEDICAL DES RESIDENTS ET COORDINATION MEDICALE.....	39
3.1.4.	CIRCUIT DU MEDICAMENT.....	41
3.2.	GESTION DES RISQUES, PREVENTION ET DEVELOPPEMENT DES SOINS GERIATRIQUES..	44
3.2.1.	PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DE LA PERSONNE AGEE ET DE SON ENTOURAGE	44
3.2.2.	L'ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE ET SOINS PALLIATIFS	47
3.2.3.	LA PREVENTION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET LEUR GESTION.....	48
3.2.4.	LA PREVENTION DE LA DOULEUR	50
3.2.5.	LE MAINTIEN DE LA MOBILITE ET LA PREVENTION DE LA REGRESSION LOCOMOTRICE	51
3.2.6.	LA PREVENTION DU RISQUE DE CHUTES ET GESTION DES CHUTES.....	53
3.2.7.	LIMITER L'USAGE DES CONTENTIONS.....	53
3.2.8.	LA PREVENTION ET GESTION DES TROUBLES NUTRITIONNELS ET DE LA DEGLUTITION.	54
3.2.9.	LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE	56
3.2.10.	LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE ET DE L'HYGIENE DE L'ELIMINATION.....	57

3.2.11.	LE SOMMEIL DE LA PERSONNE AGEE	58
3.2.12.	ENTRETIEN ET GESTION DES APPAREILLAGES	59
3.2.13.	PRISE EN SOIN SPECIFIQUE AU PASA POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE DEMENCES NEURODEGENERATIVES.....	60
4.	PROJET SOCIAL	63
4.1.	LES RESSOURCES HUMAINES	63
4.1.1.	ORGANIGRAMME HIERARCHIQUE	63
4.1.2.	PRESENTATION DES FILIERES PROFESSIONNELLES DE L'EHPAD	63
4.1.3.	DESCRIPTION DE L'ORGANISATION DE TRAVAIL.....	65
4.2.	LA GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES	66
4.2.1.	L'ACCUEIL ET L'INTEGRATION DU PERSONNEL	66
4.2.2.	LA FORMATION	67
4.2.3.	LES ENTRETIENS PROFESSIONNELS.....	67
4.3.	LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL.....	68
5.	PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES	69
5.1.	LA POLITIQUE ET LA DEMARCHE QUALITE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	69
5.1.1.	LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE	69
5.1.2.	LA GESTION DOCUMENTAIRE	70
5.2.	LA GESTION DES RISQUES	70
6.	PROJET ARCHITECTURAL	71
6.1.	ENJEUX ET OBJECTIFS	71
6.2.	LES CHAMBRES	71
6.3.	LES LIEUX DE VIE	72
6.4.	CREATION D'UNE UNITE PROTEGE.....	72
6.5.	L'AMENAGEMENT DU PARC ET SES ANIMAUX	75
7.	CONCLUSION	75
8.	ANNEXES : Table des sigles et des abréviations	77
9.	CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS D'AMELIORATION MAJEURES	78

INTRODUCTION

La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, prévoit que « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans, après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation* ».

Le projet d'établissement constitue un document de référence pour les 5 années à venir pour les équipes, les résidents, leur famille et nos différents interlocuteurs. Il présente l'établissement, sa mission, son fonctionnement, son projet d'accompagnement et les modalités de mise en œuvre, ainsi que la démarche d'évaluation des pratiques et des prestations.

Le projet d'établissement exprime une philosophie d'accompagnement, en s'appuyant sur les valeurs défendues par l'établissement. Il pose un cadre et définit les conditions de prise en soins du résident.

Faisant partie intégrante d'un dispositif d'amélioration continue de la qualité, il permet d'inscrire la stratégie d'actions de l'établissement, les objectifs et les moyens pour réaliser sa mission. L'évaluation régulière et la mise en place d'actions correctives au fil de l'eau rendent, par nature, ce projet évolutif.

METHODOLOGIE DE LA DEMARCHE PROJET :

Associé à la démarche d'évaluation de l'établissement et d'amélioration de la qualité, le projet d'établissement intègre, dans les pratiques professionnelles quotidiennes, les processus d'organisation de l'accompagnement du résident tout au long de son séjour ; il initie et développe ainsi un plan de maîtrise de la qualité dans tous les domaines (hébergement, soins, vie sociale...). Un comité de pilotage (COFIL) a été constitué, composé d'une équipe pluridisciplinaire (la directrice, l'assistante de direction/référente qualité, l'infirmière coordinatrice, la gouvernante, la psychologue, l'animatrice, des aides-soignantes, des infirmières,) ayant pour mission de valider et de s'assurer du suivi de la méthodologie, de prioriser les thématiques de réflexion et de valider les écrits.

La méthodologie qui a été retenue est la suivante : Les membres du COFIL ont validé les thèmes à aborder dans le projet. Il a été proposé aux membres du COFIL d'être référents des thèmes qui les intéressent plus particulièrement.

Ce référent était en charge de:

- Mener la ou les réunions de travail
- Faire un état des lieux sur l'existant, sur ce qui est pratiqué dans l'établissement
- Analyser des pratiques
- Proposer des axes d'améliorations

Chaque référent avait le choix de mener les groupes de travail seul ou d'être assisté par une personne.

Concernant la rédaction du Projet d'établissement, chaque compte-rendu de réunion était ensuite transmis à l'assistante de direction, pour la mise en forme du projet écrit. Des groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués pour travailler sur les différents thèmes retenus. Certains résidents ont pu participer à des groupes de travail ainsi que des bénévoles.

10 réunions du comité de pilotage et 19 réunions des différents groupes de travail ont été nécessaires pour réaliser ce projet d'établissement. Le projet d'établissement final a été validé par le COPIL et soumis au CVS et au Conseil d'Administration pour approbation finale.

OBJECTIFS DE LA DEMARCHE PROJET :

Ce mode d'élaboration collaboratif permet de valider l'évolution positive des pratiques amorcée depuis plusieurs années, de valoriser les atouts et les forces de l'établissement, mais également de pointer les dysfonctionnements et les axes d'amélioration à envisager. Le projet d'établissement 2022-2026 marque la volonté de poursuivre une démarche qualité dans l'accompagnement des résidents et des personnels.

1. PROJET INSTITUTIONNEL

1.1. L'ENVIRONNEMENT LEGISLATIF.

Les établissements médicalisés autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, quelle que soit leur statut juridique ou leur appellation, doivent respecter un corpus législatif et réglementaire : loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets du 26 avril 1999, loi du 2 janvier 2002 transcrite dans le Code des Actions Sociales et des Familles(CASF). La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015 est venue réformer le secteur médicosocial. Elle a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement, en accompagnant la personne dans cette étape de la vie par des réponses adaptées à ses besoins et ses attentes. Elle prévoit notamment des mesures pour les EHPAD:

- Renforcer la transparence de l'information sur les prix
- Définir un socle de prestations : « un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement, dont la liste est fixée par décret » (Article L 342-2 du CASF)
- Réaffirmer les droits des usagers par la recherche systématique du consentement de la personne, la désignation d'une personne de confiance et le respect de la liberté d'aller et venir en établissements sociaux et médico-sociaux
- Conclure un CPOM remplaçant la convention tripartite.

Le CPOM permet de définir des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en soins et d'accompagnement en apportant une souplesse de gestion et une autonomie dans le pilotage et la mise en œuvre de ces objectifs L'ensemble de ces textes définit des critères de qualité et d'évaluation des prestations, comme préalables indispensables à la contractualisation et placent les personnes accueillies au centre des dispositifs d'accompagnement. Les établissements sociaux et médico-sociaux, dans le cadre de l'évaluation de leurs pratiques professionnelles, sont soumis à d'autres dispositions ou documents de référence: les recommandations de la HAS et les recommandations de l'ex ANESM, désormais fusionnée avec la HAS. Les recommandations définissent les axes fondamentaux de l'accompagnement, de la prise en soins bien traitante et de l'évaluation de la qualité des prestations sur lesquels les professionnels peuvent s'appuyer au quotidien, pour la mise en œuvre effective du respect des droits du résident.

1.2. L'HISTOIRE DE L'ETABLISSEMENT, SON EVOLUTION DANS LE TEMPS

Née en 1838, Hyacinthe HEVIN a, toute sa vie, mis son énergie au service des exclus. Membre de la Société des Filles du Cœur de Marie, elle est la fondatrice et la première à avoir fait fonctionner l'hospice d'Etrelles, point de départ de l'établissement actuel.



En 1878, elle accueille des pauvres dans sa propre maison.

En 1880, elle fait construire l'hospice avec ses propres deniers, près de la chapelle qu'elle fait édifier en 1873.

En 1881, les premières personnes sont accueillies. Elles seront dix-huit dès la première année.

En 1886, on compte plus de cent personnes accueillies dans l'année, soit à l'hospice, soit dans le bourg, dans des logements appartenant à Mademoiselle Hyacinthe Hévin.

En 1911, jusqu'à sa mort, Mademoiselle Hyacinthe HÉVIN dirige l'établissement.

Entre 1911 et 1929, deux autres membres de la Société des Filles du Cœur de Marie prennent tour à tour la relève et dirigent l'établissement.

En 1929, la Société décide de passer le relais. Afin d'assurer la continuité de l'œuvre initiée par Mademoiselle Hyacinthe HÉVIN, elle fait appel à la Congrégation des Sœurs de l'Immaculée Conception de Saint-Méen-le-Grand qui accepte la mission et qui va notamment:

- Conduire jusqu'en 2000, date d'arrivée de la première direction laïque, l'action de l'établissement fondé par Mademoiselle Hyacinthe HÉVIN,
- Spécialiser l'établissement dans l'accueil des personnes âgées.

En 1961, la Congrégation, pour faire face aux évolutions socioéconomiques, décide de créer une association afin de poursuivre le développement de l'œuvre. L'Association Hyacinthe HEVIN est déclarée en Préfecture d'Ille et Vilaine le 10 janvier 1962.

L'Association Hyacinthe HEVIN va progressivement prendre sa place. Elle va continuer l'action menée, porter de nouveaux projets, moderniser l'établissement qu'elle gère et dont elle est propriétaire.

En 1969, suite à des travaux d'agrandissements, quatre-vingt-dix-huit résidents peuvent être accueillis dans l'établissement en hébergement permanent.



En 1978, l'établissement géré par l'association est autorisé. Il entre ainsi dans le champ de la loi du 30 juin 1975 qui cadre l'action sociale et médico-sociale en France. Reconnu en tant qu'institution médico-sociale, l'établissement bénéficie de dotations financières pour fonctionner. En contrepartie, l'association doit veiller à la conformité avec les exigences de sécurité et de confort imposées.

En 1979, l'Association entreprend la réhabilitation de l'établissement afin de répondre aux normes exigées par son statut. Un nouveau bâtiment est construit. Il comprend notamment, ce qui est novateur à l'époque, une grande salle d'animation.

En 1993 : l'Association obtient l'habilitation de quatre places d'accueil temporaire.

Entre 2000 et 2005, des tranches de travaux supplémentaires (reconstruction de l'hospice initial et du bâtiment datant de 1969) permettent d'accueillir les résidents dans des conditions de confort optimales et de répondre aux normes exigées pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

En 2010 : ouverture d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) de douze places (10 + 2 places d'accueil de jour) labellisé en 2013.

En 2011 : ouverture de Logements Locatifs Adaptés permettant d'élargir les modes de prise en charge. L'Accueil de Loisirs et d'Animation est ouvert.

En 2013 : l'activité restauration reçoit l'agrément sanitaire communautaire pour devenir cuisine centrale : « l'Instant Gourmand ».

Depuis 2017, des travaux d'extension et de réhabilitation sont engagées : les chambres seront toutes individuelles et équipées de sanitaire.

1.3. PRESENTATION DE LA STRUCTURE

La Maison de Retraite se situe le long de la 4 voies Rennes / Laval. Proche de VITRE, le centre bourg d'Etelles est par ailleurs pourvu de certains services et commerces.

L'établissement est implanté dans un parc paysagé et arboré. Dans ce cadre agréable chacun bénéficie d'un projet d'accompagnement personnalisé proposé par des professionnels qui assurent un suivi tout au long du séjour.



L'établissement est habilité pour :

- 98 places en hébergement permanent
- 4 places en hébergement temporaire
- 2 places en accueil de jour

1.4. MISSIONS, REPERES ET PUBLIC

Au-delà des missions inscrites à l'article D312-155-0 du code de l'action sociale et des familles, l'EHPAD Hyacinthe Hévin a pour mission d'offrir un véritable lieu de vie, agréable et chaleureux, où chacun pourra demeurer le plus longtemps possible, tout en étant accompagné individuellement et pour cela dans le respect de son bien-être et de sa sécurité.

L'établissement a pour mission de rendre effectif le droit à la sécurité, à la protection, à la liberté d'aller et venir, à la santé, à l'accès aux soins, au respect de la vie familiale pour chaque personne au cours de son séjour.

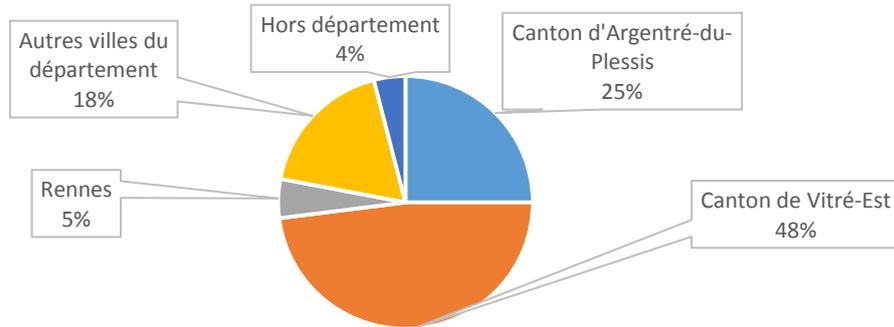
L'EHPAD Hyacinthe Hévin est donc un lieu de vie qui se situe dans le prolongement du domicile et un lieu de soins pour accompagner les résidents dans l'avancée en âge et dans l'évolution de la perte d'autonomie.

Quelques données statistiques :

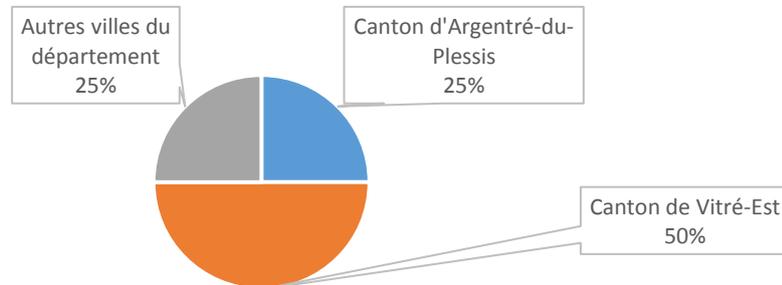
Activité hébergement permanent :

	2016	2017	2018	2019	2020
Taux d'occupation (%)	100%	99%	98%	92%	89%
Durée moyenne de séjour (an)	3	3	4	3	3
Nb de personnes bénéficiaires de l'aide sociale	27	27	27	24	22

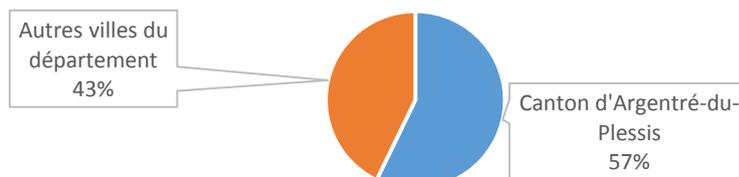
Origine géographique des résidents en Hébergement permanent au 31/12/2020



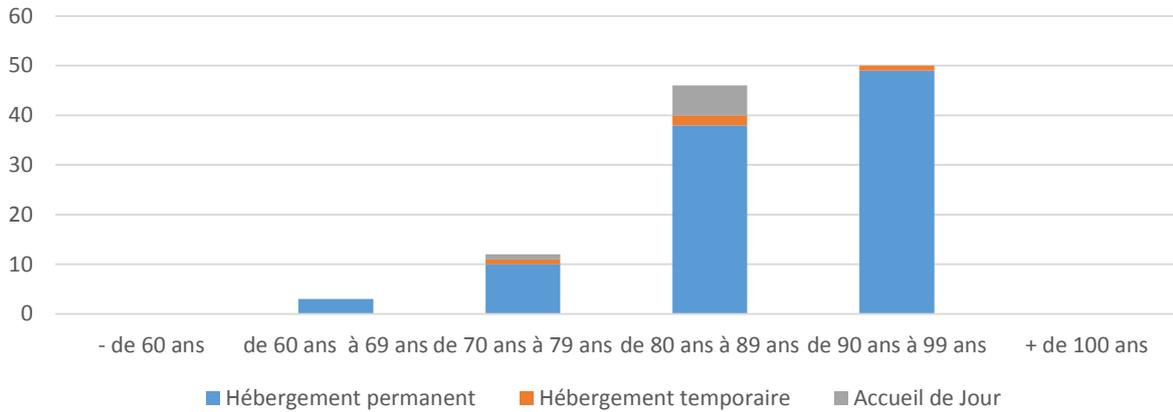
Origine géographique des résidents en Hébergement temporaire au 31/12/2020



Origine géographique des personnes accueillies en Accueil de Jour au 31/12/2020

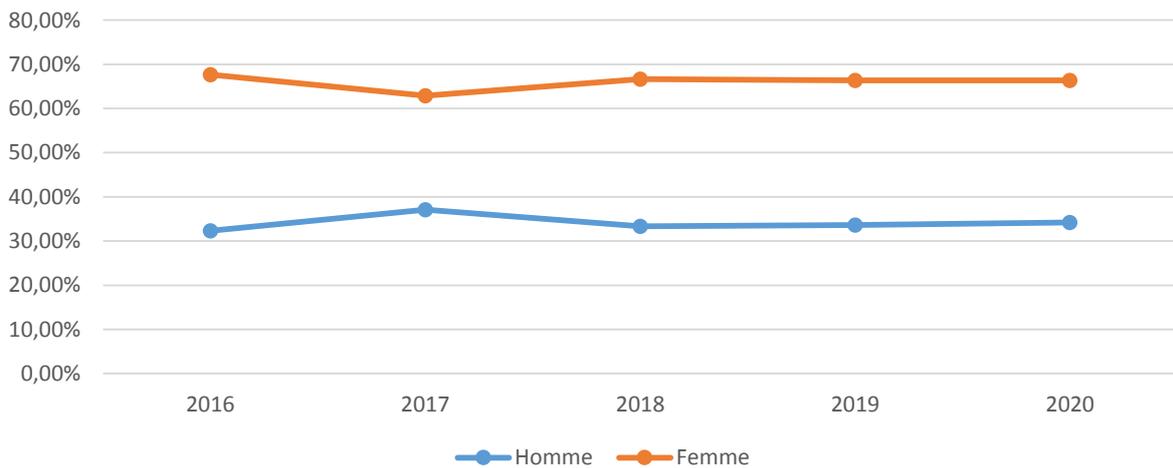


Pyramide des âges des personnes accueillies au 31/12/2020

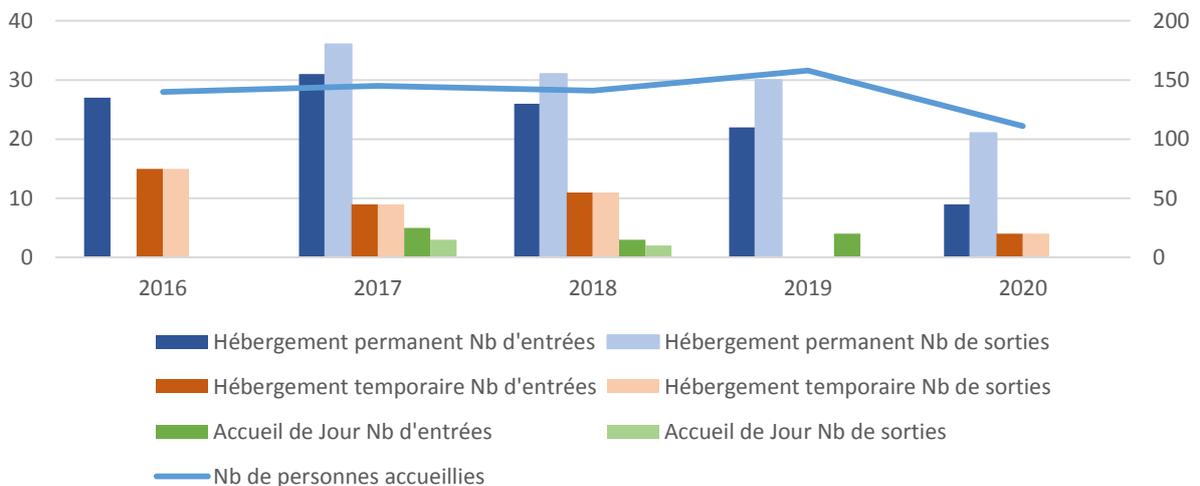


Au 31 décembre 2020, la moyenne d'âge est de 87 ans. (89 ans pour les femmes et 84 ans pour les hommes)

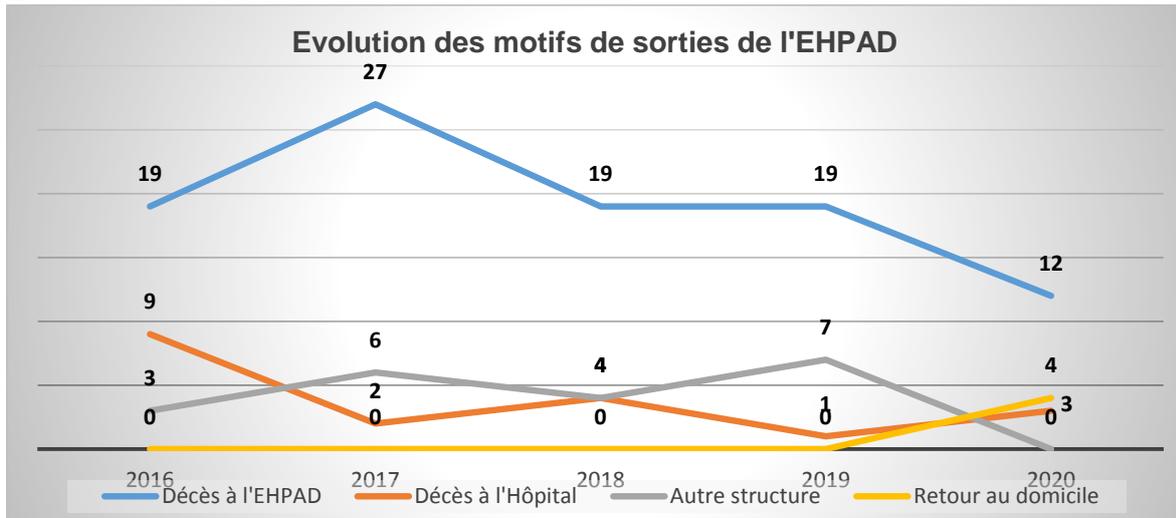
Répartition Hommes/Femmes des personnes accueillies



Evolution des entrées/sorties dans l'établissement :



Les motifs de sorties :



1.5. PRINCIPES ET VALEURS

Les travaux menés autour de la rédaction d'un nouveau projet d'établissement sont l'occasion de repenser et d'explorer les valeurs qui le fondent et qui sont celles de l'institution.

Ces valeurs, institutionnelles et professionnelles, donnent du sens à nos actions, guident et accompagnent au quotidien les personnes accueillies et leurs familles :

- Conserver des droits individuels fondamentaux.
- Assurer à la personne âgée un accueil, une intégration et des soins personnalisés de qualité.
- Connaître et appliquer la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et la charte des droits de la personne accueillie.
- Travailler avec et pour la personne accueillie.
- Inciter chaque personne accueillie à maintenir, utiliser et développer son autonomie.
- Préserver les liens familiaux et affectifs.
- Développer les animations et valoriser les activités.
- Respecter la personne, ses biens, sa dignité, ses choix matériels et assurer sa sécurité.
- Optimiser la prestation hôtelière et l'accueil.
- Développer le projet personnalisé.
- Etre à l'écoute, empathique, communicant.
- Etre des acteurs de soins bien-traitants.
- Respecter la liberté de conscience de la personne.
- Reconnaître le droit de la personne à être, ressentir, préférer, refuser.
- Connaître et respecter les habitudes de vie.
- Donner une information accessible et loyale.
- Soigner, respecter et accompagner jusqu'à la fin de vie et soutenir la famille.
- Connaître et reconnaître le travail de chaque professionnel.
- Développer la communication et le savoir-être relationnel.
- Analyser les pratiques professionnelles.
- Connaître les limites de ses capacités.
- Développer et garantir les compétences professionnelles par les formations.
- Se respecter et respecter les autres.
- Connaître et respecter les règles professionnelles.
- Respecter le secret et la discrétion professionnelle.
- Construire l'avenir de l'établissement
- Mettre tout en œuvre pour essayer d'assurer la sécurité du résident.

2. PROJET DE VIE D'ETABLISSEMENT

2.1. LA DEMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE DU RESIDENT

2.1.1. LES MODALITES DU PROCESSUS D'ADMISSION

Un groupe de travail a formalisé le nouveau processus d'accueil et d'admission du résident au sein de l'établissement courant 2021. Il se décline en différentes étapes en commençant par le dossier de demande d'admission.

Les familles qui sont à la recherche d'une place en EHPAD pour leurs proches, sont invitées à venir sur place pour retirer un dossier de préadmission comprenant une partie médicale et une partie administrative. Lors de ce premier contact, une visite de l'établissement est proposée ainsi qu'un temps de rencontre avec un professionnel (infirmière coordinatrice, directrice ou secrétaire) afin de comprendre les besoins et les attentes du futur résident et de sa famille et de s'assurer que l'établissement est en mesure de répondre à ces attentes. Une fiche de recueil « premier contact » est remplis à cette occasion. Lors de la réception du dossier administratif et médical, celui-ci est examiné par le médecin coordonnateur et/ou l'infirmière coordinatrice puis il est transmis à la directrice pour validation finale.

2.1.2. LA VISITE DE PREADMISSION

Dès que possible, une visite de préadmission est programmée, soit au domicile du futur résident s'il ne peut pas se déplacer, soit sur la structure. Elle permet de recueillir des informations pour le recueil de l'histoire et les habitudes de vie du futur résident. Le consentement du résident à l'entrée en EHPAD est recherché à cette même occasion. Cette visite est effectuée par l'infirmière coordinatrice, la secrétaire ou la directrice. Lors de cette visite de l'EHPAD, il est présenté une chambre, la salle à manger et les lieux de vie. L'organisation est également expliquée.

Les différents documents nécessaires à l'admission du résident sont remis.

2.1.3. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL DU RESIDENT DANS L'ETABLISSEMENT

L'admission d'un résident est déterminée, sous réserve d'acceptation de la demande et de l'adhésion de la personne au projet d'accueil à l'EHPAD Hyacinthe Hévin.

Cependant, toute demande d'admission sera également étudiée selon :

- L'adéquation entre les objectifs de prise en charge et les moyens à disposition de l'établissement pour y répondre
- Le caractère urgent de la demande
- La situation d'hébergement et/ou familiale du résident au moment de sa demande d'admission.

Une transmission orale et écrite est ensuite établie (Macro-cible d'entrée sur Netsoins) permettant aux professionnels d'avoir les éléments de connaissance du futur résident.

La structure fournit les équipements nécessaires au maintien de l'autonomie. La chambre dispose d'un lit médicalisé, d'une penderie, d'une table de chevet et d'une petite table avec chaise. Les résidents sont invités à meubler leur chambre à leur guise. Le linge du résident est marqué à leur nom sur place.

Une procédure d'admission a été établie:

- L'entrée se fait à partir de 14h30, de préférence les lundis, mardis ou mercredis. Une carte de bienvenue est déposée dans la chambre reprenant les rendez-vous de la semaine à venir afin que le nouveau résident ait un repère.

- Le personnel d'après-midi accueille la personne et les différents professionnels (animatrice, psychologue, ergothérapeute) vont à sa rencontre les jours suivants son entrée. Le président du CVS rend également visite au nouveau résident pour lui souhaiter la bienvenue et l'informer sur le rôle du CVS.
- L'annonce de la nouvelle entrée est faite sur le logiciel de soins.
- Une place au restaurant ou au lieu de vie, est définie, par les soignants, en collaboration avec le service de restauration.

L'admission du résident dans l'établissement est définitivement formalisée par la signature du contrat de séjour par le résident ou son représentant légal et du règlement de fonctionnement, au plus tard, normalement dans les trente jours qui suit l'admission. Un rendez-vous entre le résident, accompagné ou non de sa famille, et la directrice est prévu pour effectuer cette signature. Ce temps permet « d'humaniser » l'entrée en institution et permet aux résidents et aux familles d'identifier la directrice et le fonctionnement institutionnel. C'est un temps d'échange où les résidents et les familles peuvent soumettre leurs interrogations, exprimer leurs attentes ou souligner des dysfonctionnements.

Comme précisé dans les Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles (RBBP) «*Qualité de vie en EHPAD (volet 1) De l'accueil de la personne à son accompagnement*», les soignants sont attentifs au ressenti du résident quant à son adaptation, par une vigilance et des échanges avec lui.

Une toilette évaluative est effectuée par l'ergothérapeute et un soignant dans la semaine qui suit son admission.

2.1.4. LA PROCEDURE DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP)

QUAND ?	QUI ?	QUOI ?	COMMENT ?
Avant l'entrée	Infirmière Coordinatrice (IDEC)	Fiche 1er contact	A remplir (entretien téléphonique ou physique, formel ou informel)- Disponible dans la gestion documentaire (GED)-
	Secrétaire	Fiche visite de préadmission- Accessible dans GED	Retranscription de la fiche sur Netsoins- partie médicale
			Retranscription de la fiche sur Netsoins - partie administrative
	IDEC	Macro-cible d'entrée	Sur Netsoins : Projet Perso -> Vos chapitres -> Macro-cible d'entrée -> Flash Trans Voir fiche Procédure "Macro- cible d'entrée" Présenter lors des transmissions orales la veille ou quelques jours avant l'entrée
Au plus près de l'entrée de la personne	Référent(e) soignant	Présentation référent soignant/ résident - Explications quant à son (leur) rôle au sein de la structure	Remise de la carte du référent (à demander à l'accueil)

A plus ou moins de 3 mois de l'entrée et à plus d'un an du précédent PAP	Référent(e)s/ Psychologue	Formulaire de recueil de données	Rencontre avec le résident, de préférence, en présence de son référent familial - Répertorier les éléments de son histoire de vie, les relations familiales, son parcours antérieur mais également ses centres d'intérêts et habitudes de vie. Recueil des souhaits et attentes du résident Retranscription sur Netsoins: Projet Perso -> Recueil
	Equipe pluridisciplinaire	Rencontre hebdomadaire animée par la psychologue & rédaction du PAP sur Netsoins	Présentation du PAP à l'équipe du service (AS, AMP, AVS, ASH, IDE, Ergo, Psy, Animation), le référent présente les informations recueillies auprès du résident ou de son entourage. Formulation des objectifs opérationnels (court, moyen et long terme) - Le PAP est rédigé sur Netsoins (Projet Perso > Projets)
	Psychologue	Supervision	Relecture et écriture définitive du PAP sur Netsoins + Impression pour signature
	Référent soignant	Présentation du PAP au résident et signature par les deux interlocuteurs	Présentation au référent familial ou au mandataire judiciaire dans le cas d'incapacité à signer du résident
	Psychologue	Diffusion à l'ensemble des équipes	Sur Netsoins: Projet perso -> projet-> Flash trans "projet personnalisé" - L'original papier est à joindre au dossier médical du résident à l'infirmerie.

2.1.5. LES REFERENTS

2.1.5.1. LE ROLE DU REFERENT

Le référent du résident est un repère soignant pour le résident et sa famille. Il est un interlocuteur privilégié mais non exclusif à qui le résident, sa famille et/ou ses proches, peuvent s'adresser. Le professionnel peut répondre uniquement sur ce qui concerne sa compétence à savoir les soins d'hygiène, les événements de la vie quotidienne, ses besoins en matière de vêtements et aussi dans le contexte de toute autre mission pour laquelle il aura été mandaté dans le cadre du PAP.

Dans les situations complexes et/ou de tension, c'est l'infirmière coordinatrice qui prendra le relais avec les résidents et/ou les familles et/ou ses proches.

Le référent est soumis aux règles relatives au secret professionnel.

2.1.5.2. LES MODALITES

Le référent est désigné par l'infirmière coordinatrice (affectation par chambre avec possibilités de modifications si nécessaire après concertation) ;

Le/la soignant(e) est référent(e) de plusieurs résidents (3 à 5) ; Les infirmiers(ères), l'ergothérapeute et/ou la psychologue sont référents d'un groupe plus importants selon la liste établie ; Ils (elles) travaillent en collaboration et assurent les missions déclinées ci-dessous et participent aux réunions PAP ;

En cas de difficultés pour assurer sa mission le référent s'adresse à l'infirmière coordinatrice ou, en son absence, à l'IDE (référente).

2.1.5.3. LES MISSIONS

A l'entrée en EHPAD :

- Le référent se présente au résident et lui explique son rôle ;
- Il s'assure de la connaissance que la personne a de l'organisation de l'établissement ; l'accès au service administratif et toutes les questions que peut avoir le résident ;
- Il complète le recueil de données sur Netsoins.

Au cours du séjour :

- Sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice: Il participe à l'élaboration du PAP du résident et assure le suivi des actions mises en place et la continuité de l'accompagnement du résident ;
- Il s'assure également de l'actualisation du plan de soin ;
- Il est particulièrement attentif au maintien de la vie sociale du résident ;
- Il vérifie régulièrement que le résident a bien les produits et vêtements nécessaires et, le cas échéant, établit l'inventaire des affaires manquantes et le transmet à la secrétaire.

2.1.6. L'INTEGRATION DES SOINS DANS LE PROJET PERSONNALISE

Selon le référentiel de l'Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), le projet personnalisé qualifie «la démarche de co-construction du projet entre la personne accompagnée (et/ou son représentant légal) et les équipes professionnelles ».

Il s'agit notamment de :

- prendre en compte les attentes et les besoins de la personne (et/ou de son représentant légal) ;
- induire l'individualisation et la singularité de chaque accompagnement. Il se décline en une programmation de prestations et d'activités individuelles ou collectives en cohérence avec les ressources de l'établissement et les desiderata du résident ;
- inclure différents volets plus spécifiques articulés entre le volet social et le volet médical (vie sociale, projet de soins, ...);
- tenir compte du parcours de vie, du parcours de soins, du parcours d'accompagnement de la personne : en amont de l'accueil, tout au long de l'accueil, lorsque l'accueil arrive à son terme, quelle qu'en soit la raison ;
- associer, selon les situations et sous réserve de l'accord de la personne accompagnée (et/ou de son représentant légal), les proches.

La personnalisation du projet, toujours dans l'objectif de proposer la meilleure qualité de vie possible, nécessite de se baser sur les attentes de la personne, et non pas uniquement sur ses besoins. Cela implique de permettre à la personne âgée d'être actrice dans la construction de son projet et sa réévaluation. Le projet personnalisé intègre toutes les dimensions de

l'accompagnement au sein de l'EHPAD, que celui-ci relève de la vie sociale, de l'hôtellerie, de la santé psychologique ou physique. Un de ses intérêts est le dialogue régulier instauré à cette occasion avec le résident et/ou son entourage et les professionnels. Celui-ci permet la prise en compte des évolutions éventuelles des souhaits et attentes de la personne et de son entourage, en adéquation avec l'état de santé du résident.

Le rôle des professionnels consiste, entre autres, à écouter, à entendre et/ou à aider la personne accueillie, à exprimer ses attentes et, si elle le désire, construire, avec elle, le cadre d'un accueil et d'un accompagnement singulier. L'intérêt est de donner du sens à nos accompagnements en se fixant des objectifs à atteindre au travers d'actions précises tout en prenant en compte les ressources à notre disposition.

Le PAP est réévalué et adapté dès lors que le résident (et/ou son représentant légal, voire, le cas échéant, les proches) en fait la demande ou qu'un changement est observé (aggravation de la perte d'autonomie, diminution des activités, perte de poids, etc.) et a minima une fois par an.

2.1.7. LE SUIVI DU PROJET PERSONNALISE

Au fil des mois, le référent et la psychologue, coordonnatrice des projets personnalisés, seront attentifs à :

- la mise en place effective du projet personnalisé ;
- la co-évaluation du projet personnalisé, des actions mises en place, de l'adéquation des attentes et des besoins ;
- la satisfaction du résident ;
- l'incitation du résident à formuler de nouvelles attentes.

Ainsi l'EHPAD Hyacinthe Hévin s'attache à mettre en place des rencontres pluridisciplinaires mensuelles (un service par semaine) afin de travailler autour de ces projets personnalisés que ce soit pour leur élaboration et/ou leur réactualisation. Le résident, le référent ainsi que tout acteur du projet, sont conviés à y participer. Une planification de ces réunions est transmise en amont à chaque service afin de pouvoir favoriser sa préparation par le référent (éléments de vie, souhaits du résident...).

Un tableau de suivi stipulant le nom du résident, son référent et l'état d'avancement du PAP est également en place. Celui-ci est géré par la psychologue en collaboration avec l'infirmière coordinatrice.

Toutes les actions ou informations liées au PAP s'inscrivent dans les transmissions ciblées ainsi que dans l'onglet projet personnel du logiciel NETSOINS. Les modèles originaux, une fois signés par le résident et/ou son représentant légal sont quant à eux intégrés dans le dossier médical et disponible à l'infirmier.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Définir un référent soignant et créer une carte de présentation du référent
- ⇒ Mettre à jour le plan de soins du résident par le référent au fur et à mesure
- ⇒ Mettre en place des fiches «procédure» afin de faciliter l'utilisation de Netsoins par les référents

2.2. LE RESPECT DES DROITS DES PERSONNES ACCUEILLIES

2.2.1. LES DROITS FONDAMENTAUX DES RESIDENTS

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale rappelle les droits individuels et collectifs des personnes accueillies en EHPAD et introduit de nouveaux outils pour garantir l'effectivité de ces droits. L'objectif étant de repositionner le résident au cœur de son accompagnement.

Il est important de rappeler ces 7 droits fondamentaux assurés à toute personne prise en soins dans l'établissement :

- le respect de la dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité,
- le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des majeurs protégés,
- une prise en soins et un accompagnement individualisé de qualité (...) adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit être systématiquement recherché,
- la confidentialité des informations le concernant,
- l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en soins,
- une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles,
- la participation directe du résident ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

2.2.2. L'INFORMATION DE SES DROITS AU RESIDENT

L'EHPAD Hyacinthe Hévin est tenu de garantir l'exercice effectif de ces droits et de promouvoir la bienveillance au sein de l'établissement.

La charte des droits et libertés des personnes accueillies est remise avec le dossier d'admission et affichée dans les lieux de vie de l'établissement : l'enjeu de cette charte est de faire connaître la personne âgée dépendante comme sujet de droit. Elle met l'accent sur la qualité de vie.

La politique volontariste d'informer et d'orienter les résidents et les proches sur leurs droits et libertés est opérationnelle. Elle se concrétise, par exemple, par le droit de désigner la personne de confiance, d'établir ses directives anticipées, le droit à l'image, le libre choix des médecins...

2.2.3. LES MODALITES MISES EN PLACE POUR LES RENDRE EFFECTIFS

Plusieurs outils sont mis en place pour faire respecter les droits des résidents :

- **Le livret d'accueil** : Il est spécifique à la structure et est remis à la personne accueillie et/ou à son représentant légal dès son arrivée. Il est pour l'utilisateur, un outil facilitant sa connaissance de l'établissement, ainsi qu'un élément de communication proposant :
 - o Une présentation synthétique de l'établissement,
 - o Les modalités d'accueil,
 - o Le processus d'accompagnement.

- **Le contrat de séjour** : Ce contrat précise les conditions d'accueil de la personne dans l'établissement. Il décline les règles concernant la dimension collective de l'accompagnement :
 - Le service rendu, les modalités d'accompagnement pensées pour l'ensemble des personnes accueillies quelle que soit leur singularité, les objectifs généraux de prise en soins,
 - Les besoins pris en compte au regard des missions de l'établissement.

Les dimensions individuelles s'appuient sur le PAP qui décrit les objectifs et prestations adaptées à la personne.

- **Le règlement de fonctionnement** : Il s'adresse aux résidents, à leurs familles et représentants légaux. Il engage aussi les professionnels de l'établissement et toute personne intervenant dans cet établissement. Il précise les règles de vie collective, en accord avec l'ensemble des réglementations en vigueur. Il est en conformité avec les droits fondamentaux énumérés dans la « Charte des droits et libertés de la personne accueillie » et la loi 2002-2 du 02 janvier 2002.

- **Le projet d'établissement** : Le projet d'établissement a une dimension dynamique et prospective sur 5 ans en matière de modalité d'accompagnement des résidents. Il est élaboré en cohérence avec l'évolution des politiques publiques de santé. Il a aussi une dimension intégratrice : outil de référence pour les professionnels de la structure.

- **Le conseil de la vie sociale (CVS)** : Le Conseil de la Vie Sociale est constitué de représentants de personnes accueillies, de familles, de professionnels de l'établissement, ainsi que de représentant de l'association gestionnaire.

Le CVS se réunit régulièrement et a pour missions de :

- Donner son avis et faire éventuellement des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement (vie quotidienne, activités, travaux...)
- Connaître les documents officiels de l'EHPAD et ses modifications s'il y a lieu.

- **Les réunions des familles** : La présence des familles et des proches est un facteur essentiel pour le bien-être des résidents. L'EHPAD met tout en œuvre afin de maintenir, favoriser les liens familiaux et les liens intergénérationnels. L'objectif est d'essayer de favoriser au maximum le droit au maintien d'une vie familiale dans l'établissement.

Le moment le plus opportun pour créer des liens avec la famille se situe au moment de l'admission du résident, au moment où les soignants recherchent les éléments de vie qui vont leur permettre d'élaborer le projet de vie et de soins, ils sont donc partenaires dans l'accompagnement de la personne âgée.

Par ailleurs, deux fois par an, les familles étaient conviées à une réunion afin de leur faire un point sur les projets en cours et de répondre à leurs questions, leurs attentes.

Axes d'amélioration :

⇒ Mettre à jour le livret d'accueil

⇒ Remettre en place les réunions des familles avec pour ordre du jour : bilan de la période passée, suivi des projets et un thème (exemple : accompagnement fin de vie). Une équipe pluridisciplinaire sera présente pour répondre aux questions des familles.

- **Le droit à l'intimité et la dignité** : La protection de l'intimité est une préoccupation omniprésente dans la vie quotidienne de l'EHPAD. Les contraintes d'une vie collective ne doivent pas faire oublier que chacun a « un jardin secret », c'est pourquoi les professionnels sont soucieux de la protection de l'intimité des résidents :

- L'étape du changement de domicile que constitue l'entrée en EHPAD conduit vers cette redéfinition des frontières de l'intimité. Pour les aider, les résidents peuvent amener du mobilier personnel et de la décoration d'une manière compatible avec l'état de santé, la

superficie, la sécurité et l'organisation des soins tant pour le résident que pour les professionnels et les visiteurs.

- Le personnel respecte également des règles comme frapper à la porte avant d'entrer dans les chambres ; Ces dernières sont des espaces privatifs où le résident est libre de faire ce qu'il veut tant que cela ne nuit pas à la vie en collectivité, en respect au règlement de fonctionnement.

Une pancarte accrochée à la poignée de la porte indique la réalisation de soins dans la chambre. Les professionnels aident les résidents, en fonction de leur autonomie, dans le choix de leurs vêtements.

- Le respect de la dignité se concrétise par le vouvoiement, l'utilisation du nom de famille, le respect des croyances, origines sociales et professionnelles ; une liste de professionnels du culte religieux est disponible à la demande du résident, à l'accueil.

- L'utilisation du prénom est parfois utilisé quand le résident présente des troubles cognitifs ou sa la demande. Dans ce cas, la mention en est faite dans le projet personnalisé du résident. Le tutoiement est proscrit.

- Concernant les repas, les résidents sont libres de manger ou non les repas servis selon leur appétit, ou de prendre leur repas dans leur chambre quand ils se sentent fatigués.

- Avec l'intimité, chaque professionnel se forme à accorder aux résidents, le plus de dignité possible et en toutes circonstances.

Axes d'amélioration :

⇒ Inscrire dans le Projet d'Accompagnement Personnalisé s'il faut utiliser le prénom du résident afin que chaque professionnel procède à la même façon de communiquer avec le résident.

- **La confidentialité :** Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la vie privée des résidents et de ses obligations en matière de secret et discrétion professionnels. Ceci induit également que les professionnels ne doivent pas avoir leur portable sur soi sur le temps du travail, ni discuter de leur vie privée avec des collègues devant les résidents.

Le dossier médical est informatisé et son accès est règlementé.

Les transmissions orales et écrites entre professionnels s'effectuent dans un lieu dédié. Pour garantir la qualité des transmissions, les professionnels ont été formés.

Axes d'amélioration :

⇒ Ecrire une charte de bientraitance résumant, la conduite à tenir des professionnels face aux résidents (vouvoiement, respect, discrétion...) qui pourra être remise à chaque nouveau salarié, via le livret d'accueil du nouveau professionnel.

- **Liberté d'expression, de croyance et différence culturelle et citoyenneté :** Les droits et liberté sont garantis à chacun.

Les résidents sont libres de participer aux animations proposées, d'être membre d'une instance (CVS, commission menu, commission animation...)

Les résidents sont libres de pratiquer leur religion. Des représentants du culte catholique peuvent intervenir à la demande des résidents.

Les résidents ont le droit de vote. Ils sont libres de voter dans leur commune où ils sont inscrits sur les listes électorales. Une information est donnée aux résidents lors des périodes électorales, et sur la procédure des votes par correspondance. Pour les résidents souhaitant voter dans la commune, une organisation est recherchée avec les familles pour l'accompagnement au bureau de vote.

Concernant les élections du CVS, les résidents sont invités à voter comme pour les campagnes électorales : des urnes, isolements, bulletins de vote sont mis en place.

Par ailleurs, le résident et/ou sa famille peut faire appel à la médiation. Pour faire valoir ses droits, le résident ou son représentant légal peut demander l'aide d'une personne qualifiée qu'il choisit sur une liste établie conjointement par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le président du conseil départemental.

Les personnes qualifiées ont pour mission, sans pouvoir de contrainte, de trouver des solutions par le dialogue aux conflits entre les résidents et les établissements.

Les coordonnées de ces médiateurs externes ainsi que les modalités pour y recourir sont affichées dans le hall de l'EHPAD du dernier arrêté de nomination.

Axes d'amélioration :

⇒ Mettre à jour la liste des représentants du culte.

- **Liberté d'aller et venir :** Les résidents sont libres d'aller et venir dans l'établissement. Il est demandé aux résidents autonomes et aux familles de prévenir l'équipe soignante pour les sorties, des heures approximatives de départs et de retour.

La liberté d'aller et venir peut faire l'objet de restrictions de sorties individuelles temporaires ou de mouvements pour des raisons médicales (aggravation de la maladie, symptômes à risques...), de crise sanitaire (épidémie de gastro, grippe, coronavirus...) et de sécurité (problème de comportement d'autonomie, d'orientation spatio-temporelle...)

Avec l'accord du CVS, l'établissement va être équipé de portes automatiques à ouverture par digicode, réduisant ainsi le risque d'éloignement des personnes désorientées. Les accès aux locaux techniques des professionnels sont sécurisés. Par ailleurs, les fenêtres sont équipées de limiteur d'ouverture.

- **Accessibilité :** L'établissement est accessible à toutes personnes autonomes ou à mobilité réduite. Les locaux de l'EHPAD garantissent aux personnes accueillies une circulation aisée : couloir équipé de mains courantes, ascenseur pour accéder aux étages, porte automatique...

- **Le droit à l'information, libre choix et consentement :** Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information doit être accessible et claire ainsi un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé de la personne. Les soignants expliquent et préviennent la personne chaque fois qu'un soin ou un traitement est effectué ou administré afin d'obtenir leur consentement (prise de sang, vaccin, administration des traitements, injections...)

Les résidents peuvent désigner une personne de confiance pour l'aider dans ses décisions, recevoir l'information à sa place et être consultée lorsque son état ne lui permet plus d'exprimer sa volonté. Le formulaire est joint au contrat de séjour.

Le résident a le choix de son médecin traitant et tout autre intervenant extérieur (kinésithérapeute, pédicure, coiffeur...)

Avec l'accord du résident, sa famille ou ses proches sont informés de tout changement importants de l'état de santé de ce dernier. Ils sont informés et sollicités pour les accompagnements aux rendez-vous.

Concernant les directives anticipées, une information est remise avec le contrat de séjour. Peu de directives anticipées sont rédigés à ce jour. L'intervention de la psychologue, en l'absence de médecin coordonnateur, devient alors nécessaire afin d'informer le résident et sa famille sur la nécessité des directives anticipées.

Axes d'amélioration :

⇒ Proposer un entretien avec la psychologue en l'absence de médecin coordonnateur, un mois après l'admission, et/ou dès que l'état de santé du résident le nécessite, afin d'expliquer les directives anticipées et d'aider à la rédaction de ces dernières.

- **Le droit à l'image** : L'EHPAD peut être amené à effectuer des photos dans le cadre d'animations ainsi qu'au niveau sécurisation de la prise en charge (identitovigilance). L'autorisation du droit à l'image est systématiquement recherchée auprès du résident ou de son représentant (fiche archivée avec le contrat de séjour).

- **Les enquêtes de satisfaction** : Elles sont proposées annuellement aux résidents et à leurs familles. Les résultats des évaluations sont diffusés via le journal de l'établissement.

Axes d'amélioration :

⇒ Remettre en place les enquêtes de satisfaction.

- **Le droit au risque** : Les locaux de l'établissement permettent une circulation aisée de la personne accueillie. Des matériels comme des verticalisateurs, des lèves-personnes, des draps de glisse, des disques de transfert... sont à la disposition des professionnels pour sécuriser les transferts des résidents en perte d'autonomie.

Le droit au risque est prôné et évoqué avec tous les acteurs. Le matériel est adapté pour éviter d'avoir recours à la contention par exemple avec l'utilisation de lits bas.

2.3. LA PARTICIPATION DES RESIDENTS

2.3.1. LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est devenu obligatoire dans les EHPAD depuis la loi du 2 janvier 2002 qui place « l'usager » au centre des actions, apte à donner son avis sur ce qui lui est proposé en matière de soins comme d'accompagnement.

Le CVS est un lieu d'échange et d'expression sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement.

Les membres du CVS formulent des avis et des propositions. Sont particulièrement concernés comme sujet de discussion : l'organisation intérieure, la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, ainsi que les projets de travaux et d'équipements.

C'est également un lieu d'écoute très important, ayant notamment pour vocation de favoriser la participation et l'implication des usagers. Il convient aussi de souligner que le conseil est une instance collégiale qui doit donc impérativement fonctionner de manière démocratique.

Trois collèges constituent l'instance, celui des « résidents », celui des « familles et/ou représentants légaux » et celui des « professionnels salariés ». Un représentant de l'établissement ainsi qu'un représentant de l'Association sont également présents.

Le CVS se réunit minimum 3 fois par an, mais peut se réunir à la demande des membres ou de la direction, notamment en cas de crises (sanitaires, etc.).

L'établissement est constitué de 4 unités de vie, nous proposons donc d'élire un résident par unité afin de représenter tous les résidents de l'établissement lors du CVS. Les résidents sont

élus par l'ensemble des résidents qui souhaitent participer au vote. Le CVS vote ensuite pour désigner le Président parmi les 4 résidents élus.

Les résidents et les familles sont plus difficiles à mobiliser pour se présenter comme candidats au CVS. Rares sont les représentants des familles qui restent durant toute la durée du mandat (3 ans). De plus, lors du décès de leur parent, leur mission s'arrête.

Il est également parfois difficile de traiter des sujets dans la globalité, les résidents et les familles ont tendance à se centrer sur leurs difficultés personnelles et ne représentent pas toujours les difficultés que peuvent rencontrer l'ensemble des usagers.

Les autres familles et les résidents connaissent mal le rôle du CVS et ne font pas souvent appel à cette instance pour s'exprimer et pour se faire représenter.

2.3.2. LA COMMISSION MENU

Il n'existe actuellement aucune réglementation concernant la mise en place de commissions « menu » au sein des EHPAD. Cependant elle est fortement recommandée. La Commission « menu » valide les menus de la période à venir en tenant compte de la satisfaction des besoins, des goûts des résidents, de l'équilibre nutritionnel, du plan alimentaire, de la faisabilité en cuisine et des possibilités financières de l'établissement.

Depuis le 1^{er} janvier 2021 l'établissement fait appel à une diététicienne qui élabore les menus en fonction des produits de saisons et en tenant compte du plan alimentaire. L'année se décline sur 4 cycles de menus. La commission « menu » se réunit en amont de chaque cycle. On y évoque le cycle en cours, les résidents s'expriment sur les plats qu'ils ont aimé ou pas et la diététicienne en prends compte pour l'élaboration des prochains cycles. Les menus du cycle suivant sont lus à voix haute et les résidents ont la possibilité de demander des changements de plats si l'ensemble de la commission est d'accord pour ce changement. Un repas à thème est organisé par cycle et les résidents peuvent choisir le thème.

On constate que les résidents sont volontaires pour participer à cette commission « menu », qui est composée d'une douzaine de résidents. Malgré cela, la participation active au sein de la commission se limite à 3 ou 4 résidents, les autres ne donnent pas facilement leur avis. Nous avons des difficultés à faire comprendre aux résidents qu'il s'agit d'une commission qui représente l'ensemble des résidents et qu'il ne s'agit pas là d'exposer ses goûts et dégoûts personnels.

2.3.3. LA COMMISSION ANIMATION

La commission animation réunit les résidents, le personnel, la direction, et l'animatrice, 2 fois par an. C'est un moment d'échange où chacun donne son avis sur les activités proposées, sur le planning des animations et sur les points qui peuvent être améliorés. Le but étant de répondre aux attentes des résidents et de faciliter la mise en place des animations.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Faire des communications régulières sur le rôle du Conseil de la Vie Sociale
- ⇒ Mettre à jour la plaquette sur ce qu'est un CVS et le remettre à l'entrée d'un nouveau résident
- ⇒ Afficher la liste des membres du CVS dans les lieux de vie de l'établissement
- ⇒ Faire connaître les dates de réunion du CVS et inciter les résidents et les familles à faire part de leurs remarques, doléances et suggestions.

2.4. L'ETHIQUE ET LA CULTURE DE LA BIENTRAITANCE

L'établissement connaît une mutation de sa vocation sociale, liée en grande partie à l'évolution des besoins exprimés par les résidents toujours plus âgés et poly pathologiques. Cette mutation du profil des personnes accueillies et de leur motif d'entrée a contribué au questionnement quant à l'orientation du projet d'établissement. La dynamique de l'EHPAD Hyacinthe Hévin s'oriente prioritairement sur la promotion de la bientraitance qui doit devenir une véritable « culture institutionnelle ».

Cadre réglementaire :

- Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 22 avril 2005 dite loi LEONETTI
- Circulaire du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de dépendance
- Charte des droits et libertés de la personne accueillie

L'éthique selon l'ANESM, s'entend comme « *une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées ; elle s'affirme dans l'acte; elle est un positionnement critique sur les normes de conduite de différentes natures, un questionnement permanent des orientations générales par l'acte singulier. L'éthique est donc de l'ordre de la recherche individuelle et collective : elle désigne le questionnement de l'action sous l'angle des valeurs* ».

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

Pour la mettre en œuvre, l'ANESM a identifié 4 repères :

- *l'utilisateur co-auteur de son parcours ;*
- *la qualité du lien entre professionnels et usagers ;*
- *l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes ;*
- *le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance »*

La promotion de la bientraitance et son corollaire, la prévention de la maltraitance sont des enjeux majeurs pour les EHPAD aujourd'hui.

Promouvoir la bientraitance, c'est renforcer un modèle de prise en charge et d'accompagnement des personnes accueillies en établissement centré sur leurs besoins, leurs attentes, leurs préférences. C'est favoriser l'implication des usagers dans leurs soins en les situant dans le processus de décision les concernant.

La bientraitance est une démarche volontariste à l'amélioration continue des pratiques.

L'EHPAD Hyacinthe Hévin est dans une démarche réflexive interdisciplinaire qui vise entre autre, à la promotion du questionnement éthique, au travers de temps d'échanges. Échanges qui permettent la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles.

Cette dynamique se retrouve au travers de l'ensemble des projets institutionnels, afin de décliner une démarche commune dans l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents. Les visites de préadmission et la procédure d'accueil sont d'autant de principes bien

traitants qui veillent à maintenir le résident au centre des réflexions éthiques sur la globalité de la personne, de ses attentes, ses demandes. Ainsi donner du sens aux actions entreprises et veiller à l'implication de tous dans l'écriture du projet d'accompagnement.

La mise en place du contrat de séjour et du PAP vient réaffirmer la place centrale du résident. Aussi, les temps d'échanges avec les membres du CVS sont d'autant de moments constructifs dans l'évolution de l'accompagnement de la population accueillie.

Les pratiques existantes actuellement dans l'établissement répondent aux 4 repères de l'ANESM :

« *L'usager co-auteur de son parcours* » :

- ➔ *Préadmission avec le résident avec recherche du consentement*
- ➔ *Participation au PAP*

« *La qualité du lien entre professionnels et usagers* » :

- ➔ *Relation de confiance lors des soins, référent du résident, respect des habitudes de vie (recueil des infos dès la préadmission), communication sur la vie à l'EHPAD (petit journal, etc.)*

« *L'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes* » :

- ➔ *Animations, sorties, ateliers, intervention équipes pluridisciplinaires, participation des bénévoles, échanges intergénérationnels, échanges inter EHPAD, le parc animalier, tablette magique, ordinateurs, bike labyrinthe, etc.*

« *Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance* » :

- ➔ *Formation, reconnaissance du travail par la traçabilité, valorisation, écoute, passage de relais dans les situations difficiles, réunions d'équipe, réunions pluridisciplinaires, prévention et démarche amélioration Qualité de Vie au Travail (QVT).*

Aujourd'hui l'établissement souhaite donner une orientation nouvelle dans la démarche de bientraitance. En effet, la prévention de la maltraitance et plus largement de la non-traitance, s'appuie sur les recommandations ANESM «mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance», et la circulaire du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et de des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

De plus, la non-traitance n'est pas un risque hypothétique et lointain mais bien un risque incontournable, intrinsèquement lié aux pratiques de tous les professionnels au contact des personnes vulnérables, quel que soit leur métier. L'exercice de leur mission nécessite une prise de conscience de ce risque et de la vigilance qu'elle induit.

Nous parlons de non-traitance «lorsqu'un nombre important de besoins et d'attentes des personnes âgées ne sont pas prises en compte.»

Malgré une culture de bientraitance bien présente dans l'établissement, la réflexion que nous avons menée nous a permis de détecter plusieurs points de vigilance concernant la non-traitance :

- Un manque de réévaluation systématique concernant des mesures spécifiques mises en place à un moment T pour des résidents.
- Un manque de personnel nous conduisant parfois à faire « à la place du résident » pour les soins ou le repas, étant contraint par le temps.
- Une mise en place de couchers dits de « confort » sans avoir au préalable recueilli le consentement de la personne.

- Une absence de report systématique des douches lors d'une absence de professionnel
- Des dérives entre collègues qui s'interpellent dans les couloirs entre eux et qui exposent ainsi l'intimité des résidents et/ou la leur.
- Des attitudes/réponses professionnelles parfois inappropriées envers des résidents qui expriment de la frustration ou présentes des troubles du comportement.
- Une perte de qualité dans la relation soignants/ familles, avec des attitudes/réponses pas toujours adaptées et pouvant être génératrices d'incompréhensions et/ou de conflits.
- Des comportements de résidents de plus en plus perturbateurs et impactant sur la qualité de vie des autres.

Nous remarquons que des habitudes s'installent et nous avons cessé de nous interroger sur l'intérêt de certaines pratiques. La remise en question de nos pratiques nous amène à nous poser la question suivante : quels besoins et attentes prenons nous le plus en compte au quotidien, celle du résident, celle des professionnels ou celle des contraintes institutionnelles?

Spontanément, les professionnels souhaitent être bien traitants. Les pratiques ou organisations maltraitantes se développent parce que les professionnels ne le perçoivent pas, n'en ont pas conscience ou s'ils en ont conscience, ils en souffrent. La bientraitance repose sur l'impulsion d'une véritable dynamique d'établissement bien au-delà de la seule relation soignant-soigné.

Le stress et le mal être au travail peuvent engendrer des comportements de négligence voir de maltraitance. Mieux être au travail pour mieux prendre soins est donc un enjeu primordial au sein de l'établissement. Il est de la responsabilité de la direction et des équipes d'encadrement de créer un cadre de travail agréable, d'optimiser l'organisation et les conditions de travail. La bientraitance des professionnels au sein de l'établissement est le point de départ obligé de toute démarche de promotion de la bientraitance à l'égard des résidents.

Pour traiter il faut dénoncer et pour dénoncer il faut d'abord dépister. Il est donc primordial de réaliser un diagnostic interne pour évaluer et cartographier les risques liés à la maltraitance ou la non-traitance avec l'aide des outils de l'Haute Autorité de Santé (HAS).

Agir sur la maltraitance lorsqu'elle se produit nécessite donc tout d'abord son identification et sa dénonciation. Permettant d'interrompre la situation de maltraitance en cours, la dénonciation pourrait être considérée comme une méthode de prévention secondaire.

Cependant la dénonciation reste compliquée parmi les équipes, plusieurs facteurs l'expliquent :

- Le manque de protocoles d'identification
- La peur des responsabilités et des conséquences
- Le manque de temps
- Le lien affectif entre collègues
- Etc.

Il importe de rappeler que tous les professionnels d'un établissement sont susceptibles d'assumer une responsabilité pénale, civile et professionnelle envers les résidents qu'ils accompagnent. Ils assument également une responsabilité morale à part entière envers le résident. En conséquence, le rôle et la responsabilité de la direction et des équipes d'encadrement va de pair avec la nécessaire responsabilisation de l'ensemble des professionnels en contact avec les résidents.

Les articles L.331-8-1 et L.331-8-2 du CASF imposent aux établissements médico-sociaux l'obligation de signaler tout dysfonctionnement grave susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, dont les cas de maltraitance présumés, aux autorités administratives ainsi qu'au procureur de la République.

L'article L.1413-14 du CSP127 impose à tout professionnel de santé l'obligation de signaler à l'ARS un événement indésirable grave lié aux soins (EIGS).

L'obligation de signalement d'un événement indésirable fait ainsi partie intégrante de la démarche de protection de l'utilisateur et représente une avancée dans la lutte contre la maltraitance institutionnelle.

Comme le précise le règlement intérieur de l'EHPAD, tout professionnel doit informer son supérieur hiérarchique des incidents dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire pour avoir témoigné d'agissements ou pour les avoir relatés.

Il convient de sensibiliser les équipes à être attentives envers les collègues, être capables de reconnaître les signes de l'épuisement, à inviter au dialogue, à prendre le relais quand c'est nécessaire et alerter la hiérarchie. En veillant avec bienveillance sur soi-même et les uns sur les autres nous continuerons à cultiver cet esprit de bientraitance au sein de l'établissement.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Continuer les formations afin que toute l'équipe soit formée à la méthode Naomi Fiel, la bientraitance, etc.
- ⇒ Développer la sensibilisation aux risques de maltraitance, utiliser les outils d'évaluation de la HAS
- ⇒ Mettre en place des cafés des aidants en partenariat avec l'EHPAD La Sainte Famille pour les familles et inclure les familles de l'accueil de jour
- ⇒ Mettre en place des dispositifs d'analyse des pratiques
- ⇒ Augmenter la traçabilité dans Netsoins, mieux connaître les souhaits des résidents par les PAP et les respecter
- ⇒ Suivre et analyser les réclamations des résidents et mettre en place des actions correctives
- ⇒ Mettre en place les actions d'amélioration QVT
- ⇒ Mettre en place les entretiens professionnels

2.5. L'ORGANISATION INTERNE DE L'OFFRE DE PRESTATION

2.5.1. LA PARTICIPATION DES RESIDENTS ET DES FAMILLES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

Suite à l'adoption de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le résident est reconnu comme un acteur central de sa prise en charge pour lequel les droits et libertés individuels sont respectés. Cependant, même si l'entrée en institution constitue souvent un moment de rupture entre la personne âgée et son entourage, le maintien des relations préalablement entretenues est nécessaire à l'épanouissement du résident.

La présence des familles et des proches au sein de l'établissement est un facteur essentiel pour le bien-être du résident. Aussi, l'EHPAD doit tout mettre en œuvre afin de maintenir, favoriser voire développer la solidarité familiale et les liens intergénérationnels.

Les visites des familles sont autorisées tous les jours, sans obligation de respect d'horaires spécifiques. Il est cependant conseillé aux familles de respecter le temps de la prise en soin du matin ainsi que les temps de repas. Les familles sont invitées à participer aux anniversaires qui sont fêtés une fois par mois et à d'autres événements festifs durant l'année. Les familles peuvent également venir partager un repas sur place avec les résidents ou alors amener le résident en extérieur.

La crise sanitaire de 2020 est venue mettre un frein aux visites et les résidents ont souffert de l'éloignement de leurs proches. L'établissement a tout mis en œuvre pour garder le contact par téléphone, par Skype et en organisant des rendez-vous physiques quand cela était possible. L'équipe s'est souvent questionnée sur le caractère éthique de ces restrictions et ce questionnement perdure avec la crise qui continue.

En dehors de temps de crise sanitaire, nous remarquons qu'il est difficile de mobiliser les familles, très peu de familles candidatent pour participer au CVS et peu participent aux animations.

2.5.2. LES PROFESSIONNELS CONCOURANT A LA PRISE EN SOINS DES RESIDENTS

Le médecin coordonnateur

Il a pour mission de coordonner l'ensemble des activités médicales et paramédicales et de développer les actions de coopération.

Il assure la coordination des interventions des autres médecins libéraux, afin de respecter le libre choix des résidents.

Il veille à la qualité des soins, au respect de la réglementation et de la déontologie dans son domaine d'activité et coordonne les interventions dans l'établissement des prestataires de soins externes : kinésithérapeute, pédicure, secteur psychiatrique, ainsi que les prestations fournies par les établissements de santé publics ou privés du secteur. Les intervenants libéraux doivent adhérer aux protocoles qu'il a établis.

Le médecin coordonnateur a également pour mission de mettre en œuvre la permanence des soins (procédure en cas d'urgence) et de donner son avis sur les demandes d'admissions.

Il détermine le niveau de dépendance (GIR) dès l'entrée d'un nouveau résident et selon l'évolution de son état de santé. Il effectue les évaluations médicales standardisées et évalue les besoins en soins requis : le «PATHOS». Il participe à l'élaboration du dossier médical du résident et veille à sa bonne utilisation.

Il est l'interlocuteur médical du directeur et partie prenante dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet de soins, ainsi que l'organisation générale des soins prodigués par l'équipe soignante, dans le cadre plus général du projet d'établissement.

Il participe aux actions de formations internes du personnel sur l'adaptation et la qualité des soins prodigués ou toutes autres actions de formation qu'il juge nécessaires.

Il participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des protocoles concernant les activités médicales et paramédicales.

Il établit annuellement un rapport d'activité médicale.

L'infirmière coordinatrice

L'IDEC maintient un lien étroit avec l'entourage immédiat des résidents, en étant à l'écoute de leur épuisement face aux multiples problèmes liés à la dépendance physique et psychique et aux changements de repères et environnementaux créés par la vie en institution. Elle est capable de gérer la prise en soin du résident, d'apprécier l'évolution de leur pathologie et la surveillance de leur état de santé en lien avec les médecins traitants et l'équipe soignante.

L'IDEC organise le travail de chaque membre de l'équipe de soins pour permettre d'élaborer et de réaliser une démarche de soins de qualité face à la perte d'autonomie des résidents les plus fragilisés par leur dépendance.

Elle adapte les démarches spécifiques du prendre soin et pilote la politique de lutte contre les « mauvais traitements » (éthique et bientraitance).

Elle est responsable de la traçabilité de l'information et de la communication verbale et non verbale.

Le personnel infirmier

Il est chargé de la prise en charge paramédicale du résident, c'est-à-dire l'ensemble des actes et des soins paramédicaux, selon son état de santé.

Il élabore et suit les dossiers de soins et organise les déplacements à l'extérieur pour les consultations chez les médecins libéraux spécialistes ou dans les établissements de santé. La personne de confiance du résident ou ses proches sont informés des rendez-vous, afin de pouvoir y participer si nécessaire.

Les personnels soignants (AS, AMP, ASG et AVS) accompagnent, tout au long de la journée et de la nuit, les résidents dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie par les soins de nursing.

Comme le précisent les RBPP «Qualité de vie en EHPAD (volet 2) Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne», le maintien des habitudes de vie lors du réveil, du lever et du petit déjeuner sont des éléments de confort pour les résidents.

Les aides apportées au résident concernent le lever, le coucher, la toilette, les soins quotidiens (coiffage, rasage...), l'alimentation, l'habillement (avec participation du résident pour le choix des vêtements), les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie. Tous ces points sont formalisés dans les plans de soins. En créant une relation de confiance, le personnel soignant favorise la participation du résident chaque fois que possible, dans l'objectif de rétablir, de maintenir ou de stimuler l'ensemble de ses capacités (autonomie, mémoire, gestes de la vie quotidienne).

Les Agents de services hôteliers

Les ASH préparent et distribuent le petit déjeuner aux résidents. Elles s'occupent aussi du bio nettoyage des chambres et des espaces publics. Le weekend les ASH sont également amené à réaliser des soins tels que la toilette du résident, l'aide à l'habillage déshabillage, l'aide au repas, l'aide aux transferts, etc. Sans avoir pour autant le rôle de faisant fonction d'aide-soignant.

2.5.3. LES PROFESSIONNELS TRANSVERSAUX

L'ergothérapeute

Elle a pour mission de mettre en œuvre des actions de réadaptation (de la mobilité et des transferts), de prévention (escarre, chute), de confort et de sécurité (positionnement, aide technique). L'ergothérapeute pourra par exemple conseiller au sujet de l'utilisation d'un fauteuil roulant ou encore un déambulateur, mais également sur l'aménagement de la chambre pour optimiser la circulation.

Elle est présente 2 jours par semaine le mardi et le jeudi.

La psychologue

Elle est à l'écoute, et intervient auprès des résidents en proposant un soutien psychologique qui s'inscrit dans une démarche thérapeutique. La demande de rencontre peut émaner d'un résident, de la famille ou être à l'initiative d'un professionnel suite à un échange en équipe. Le psychologue s'assure alors du consentement du résident. Dans certains cas, la psychologue peut être amenée à rencontrer l'entourage d'un résident. La psychologue apporte son regard clinique aux temps de réunions pluri professionnelles et aux réunions institutionnelles. Elle est la coordinatrice du Pôle d'Activité et de Soins adaptés (PASA) et de l'accueil de jour.

Elle est présente 3 jours par semaine.

2.5.4. L'ACCUEIL DES STAGIAIRES

L'EHPAD accueille des stagiaires dans les différents services que propose la maison, tels que la restauration, l'animation, le soin, etc. La formation et l'encadrement des stagiaires font partie intégrante du référentiel de compétences des professionnels soignants.

Nous avons deux types de demandes de stages :

- Les écoles : Les écoles envoient les demandes de places de stages des mois à l'avance, et nous leur attribuons des places dans la mesure du possible sur les périodes demandées. Les élèves ne visitent pas l'établissement au préalable et nous les rencontrons le premier jour de leur stage. Les élèves disposent de référentiels de compétences et les professionnels adaptent leur encadrement en fonction du niveau de formation et au profil des stagiaires.
En fonction des objectifs déterminés, le stagiaire sera accompagné par un tuteur qui le guidera durant son apprentissage du métier. Au besoin, une rencontre peut être organisée en présence du stagiaire, du tuteur et le professeur de l'école du stagiaire. Un bilan est fait à la fin du stage par le tuteur.
- Les autres stagiaires : Nous avons également des demandes de stages qui nous parviennent de personnes qui sont en reconversion ou qui suivent des formations hors cursus scolaire traditionnel. Si nous disposons de place, une rencontre est alors organisée avec l'IDEC afin de connaître les motivations et les objectifs du stagiaire et afin de présenter l'établissement.

Tous les stagiaires disposent obligatoirement d'une convention signée par le stagiaire, son organisme de formation et l'EHPAD. Il semble important pour l'établissement d'avoir une démarche d'accompagnement auprès des futurs soignants vers la professionnalisation pour leur permettre d'adopter une réelle posture professionnelle avant l'obtention du diplôme. Il nous semble essentiel de fidéliser les stagiaires en vue d'effectuer des remplacements et de renforcer notre équipe en CDI.

Cependant, l'organisation de leur accueil requiert l'élaboration d'un livret d'accueil des stagiaires afin de les accompagner au mieux.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Sensibiliser le personnel et développer l'accompagnement des stagiaires
- ⇒ Créer un livret d'accueil des stagiaires
- ⇒ Former des tuteurs de stage en interne pour faire le lien avec les professeurs

2.6. L'HEBERGEMENT

L'établissement constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour, quelles que soient ses difficultés : dépendance physique, perte d'autonomie, difficulté d'expression, ... La qualité de vie des résidents est donc une donnée importante dans l'accompagnement et la prise en charge des résidents.

L'établissement est spacieux et les galeries permettent de proposer aux résidents la libre circulation.

Une chapelle est accessible depuis l'établissement pour les personnes pratiquantes.

Un parc bien entretenu est à disposition des résidents et de leurs familles. On y trouve des animaux tels que des poules, lapins, oiseaux, biquettes, ... qui apportent de la joie aux résidents. Des patios avec des espaces verts ou des terrasses sont à divers endroits de l'établissement. Ceci permet de faciliter l'accès vers l'extérieur pour les résidents qui ne vont pas dans le parc.

2.6.1. L'ENTRETIEN DES LOCAUX

L'activité du secteur hygiène est principalement centrée sur l'entretien des chambres et des locaux communs. Les Agents de Services Hôteliers procèdent également au service du petit déjeuner en chambre. Les agents sont parfois sollicités pour aider leurs collègues du secteur soins (renfort pour les déplacements avant et après les repas, aide au service des repas,...).

Depuis juin 2020, suite à une réorganisation des services de soins, une équipe d'agent hôtelier assure l'entretien des espaces privatifs et collectifs, en respectant le rythme de vie du résident, son intimité et les protocoles d'hygiène établis. Des balais ergonomiques et l'installation de centrales de produits de ménage dans chaque office ont permis le passage en méthode de pré-imprégnation. Les tâches accomplies sont tracées et signées à la fin de leur journée sur Netsoins.

En collaboration avec l'équipe de bio-nettoyage, une gouvernante a été désignée afin d'assurer le magasinage des produits (produits d'entretien, ...) et approvisionne les différentes unités. Elle assure également le suivi de l'entretien du matériel hôtelier, tels que les rideaux, les couvertures...

Axes d'amélioration :

- ⇒ Mettre en place un suivi pour le lavage des rideaux (1 à 2 fois par an)
- ⇒ Embaucher une ASH supplémentaire pour les lieux communs, si possible de nuit.
- ⇒ Mise en place de formations de bio-nettoyage
- ⇒ Revoir l'organisation : sortir les ASH des soins le weekend pour avoir plus de temps pour faire toutes les chambres
- ⇒ Investir dans des chariots de ménage

2.6.2. LA RESTAURATION

L'alimentation est un soin à part entière qui, à travers le repas devient un moment de plaisir et de lien social essentiel à la qualité de vie. L'équipe de restauration est composée de 10 personnes. Sept personnes sont présentes par jour durant la semaine et six le week-end. L'équipe est encadrée par un chef cuisinier, il supervise les commandes des denrées alimentaires, leur réception et leur stockage, la préparation des plats, le service en salle, la plonge et le nettoyage de la salle de restauration après chaque repas.

Les repas servis au sein de la structure sont totalement élaborés sur place et l'association assure également la préparation et la livraison des repas pour les résidents des Albizzias. Un service de portage à domicile pour les personnes âgées de la commune d'Etelles est effectué tous les midis et l'association dispose d'un agrément pour livrer les repas de l'école primaire et du centre de loisirs.

Une diététicienne élabore les menus pour 12 semaines en tenant compte des saisons. Ces menus sont alors analysés en Commission de Validation en présence des 2 chefs, 2 cadres de santé et les 2 directrices des EHPAD Hyacinthe Hévin et La Sainte Famille.

Les menus sont ensuite renvoyés à la diététicienne avec les observations et les demandes de changements. Celle-ci renvoie les menus modifiés et une commission menu est ensuite réalisée avec les résidents, le chef de cuisine et l'animatrice pour faire le point sur les menus passés et à venir, les résidents proposent parfois des modifications des menus et nous tenons compte de leurs observations afin d'améliorer le service et la qualité des repas. Les menus repartent ensuite une dernière fois par la diététicienne qui les valide en tenant compte du plan alimentaire.

L'équipe de cuisine prépare des textures modifiées : mixées et hachées pour les personnes souffrant de troubles de la déglutition ou autres. Sur prescription médicale, les régimes spécifiques sont pris en comptes et respectés. Les goûts et les dégoûts sont recueillis à l'entrée du résident dans l'établissement et un menu de substitution est toujours proposé. Les résidents qui le désirent, peuvent accueillir leurs proches (familles ou amis) à déjeuner dans un espace dédié.

Les repas sont servis en salle à manger. Les résidents qui nécessitent une aide au repas mangent dans les salons de chaque service. Les repas peuvent être servis en chambre exceptionnellement (résident malade, fatigué, etc.) Chaque résident a sa place en salle à manger. Ce plan est établi et change en fonction des demandes, des nouvelles arrivées, des affinités des résidents. Ce plan est mis à jour sur Net Soins.

Les menus de la semaine sont affichés à l'entrée de la salle à manger, ainsi que dans chaque service. Il est également distribué à tous les résidents en fin de semaine pour la semaine suivante. Les heures des repas sont pour le déjeuner à midi en la salle à manger et à 11h45 dans les différents salons. Quant au dîner, il est servi à 18h30 le soir en salle à manger et 17h45 dans les salons

Les goûters sont servis à partir de 15h30, en chambre ou durant les animations. Les goûters du jour sont inscrits sur le menu et sont « fait maison » plusieurs fois par semaine.

Un repas à thème est organisé tous les 3 mois, ce sont les résidents qui choisissent le thème portant généralement sur un pays. Une animation autour du thème est organisée pendant le repas. Les anniversaires sont fêtés une fois par mois et un gâteau d'anniversaire est confectionné par les équipes et partagé par tous les résidents pendant une animation.

Des repas à thèmes sont organisés avec l'animatrice une fois par trimestre. Ceci permet de rassembler les résidents à un repas amélioré sur un thème festif.

Le service restauration propose des plateaux adaptés aux personnes en fin de vie, en leur proposant des aliments qui leur font plaisir. Il s'adapte également aux demandes spéciales (régimes sans résidus, sans sel, etc.)

Grâce aux travaux réalisés, l'EHPAD possède une nouvelle salle à manger spacieuse et lumineuse avec du nouveau mobilier ergonomique (chaises et tables sur roulettes). Des EASY NAP ont été achetés qui permettent un gain de temps pour le nettoyage et moins de travail en lingerie.

A cette occasion, une nouvelle organisation en 7H00 des professionnels de la restauration permet d'avoir plus de personnel par jour.

La difficulté aujourd'hui est d'allier les plaisirs des résidents et les plaisirs des enfants, dont le service restauration a également la charge de la préparation des repas, depuis quelques années. Le service restauration est donc soumis à des obligations de respect de plan alimentaire adapté aux enfants.

Un travail reste encore à réaliser sur la présentation du plat principal et également sur la texture des repas. Une prescription médicale est nécessaire pour la texture, l'avis simple des soignants ne suffit pas et une remise en question des pratiques est nécessaire.

On remarque que les personnes accueillies sont de plus en plus dépendantes à l'admission. Ceci se ressent sur la prise en soin, mais fait également réfléchir à d'autres modes d'alimentation, tels que le manger-main.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Repas à thème à revoir (plus d'animation, de décoration,...)
- ⇒ Continuer à travailler sur la présentation
- ⇒ Développer le nombre de repas à domicile
- ⇒ Servir les repas avec textures adaptées en part individuelle (restreindre le gaspillage, diminuer les repas mixés en ciblant les personnes ayant besoin)
- ⇒ Travailler sur les textures enrichies : diminuer les CNO et faire des bouillies maison à la place et des enrichissements naturels
- ⇒ Mettre en place un CLAN
- ⇒ Créer un compost et mettre de côté les épluchures pour les animaux du parc
- ⇒ Mettre en place le manger main

2.6.3. LA LINGERIE

Deux lingères sont présentes du lundi au vendredi de 7H00 à 16H00. Elles travaillent avec des horaires décalés (7H00/14H30 et 8H30/16H00) ce qui permet de traiter plus de linge dans la journée.

Elles s'occupent d'entretenir la totalité du parc textile de l'établissement sauf le linge plat (draps housses, draps plats, taie d'oreiller et traversins) qui est pris en charge par une société extérieure (livraison le mardi) Le traitement du linge est compris dans le prix journalier.

Le linge plat est maintenant livré et divisé en 4 chariots : 1 chariot par service. Ce qui représente un gain de temps pour les professionnels et diminue la manutention. Il est distribué dans les services le jeudi matin.

La distribution du linge des résidents est faite le mercredi et le vendredi, à l'aide de chariots de distribution encombrants (grands et lourds)

Pour chaque nouveau résident, le linge est marqué à leur nom par les lingères. Un forfait est facturé ensuite et est valable pour toute la durée du séjour.

Ce service est également réalisé pour les résidents de l'EHPAD La Sainte-Famille à Argentré du Plessis, qui ne possèdent pas de machine à marquer. L'EHPAD Hyacinthe Hévin marque le linge pour l'EHPAD La Sainte Famille moyennant un forfait identique à celui pratiqué dans l'établissement.

Malgré tout, des vêtements sont retrouvés non marqués, surtout pour les hébergements temporaires.

L'organisation du service de la lingerie a été revue de façon à ce que les veilleuses de nuit n'y interviennent pas. Par ailleurs, il a été convenu que les lingères travaillent les jours fériés en semaine, chacune leur tour, afin d'éviter des périodes de 3 jours sans traitement du linge. Un aménagement du local pour les tenues propres sera à prévoir lors de l'arrivée dans la nouvelle lingerie.

Il a été constaté une surconsommation de linge sale (linge résidents + linge plat). Par conséquent, une information est donnée aux professionnels afin de revoir les pratiques actuelles : nécessité de réévaluer les protections.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Pour les hébergements temporaires, rendre le forfait marquage obligatoire
- ⇒ Réorganiser les locaux de linge propre dans les services
- ⇒ Faire un audit pour analyser les pratiques au tour des protections afin de diminuer les changes de vêtements et de linge plat
- ⇒ Changer les chariots de distribution de linge propre

2.6.4. LA MAINTENANCE DES LOCAUX ET LA SECURITE

Le service technique intervient sur tous les aspects techniques de l'établissement, soit directement, soit par l'intermédiaire d'intervenants extérieurs en charge de la maintenance de certains biens et équipements. Cela comprend le maintien et la mise à niveau des espaces verts, des infrastructures, des locaux, des installations techniques et du système de sécurité incendie.

Deux agents de maintenances sont présents sur l'établissement de façon à assurer l'entretien du lundi au vendredi. La direction a la possibilité d'appeler un agent le weekend pour un avis ou une intervention d'urgence.

Compte-tenu de la surface du bâtiment en partie vieillissante et du cadre extérieur agréable avec de grands espaces verts, la charge de travail est trop élevée pour deux agents. Il faut établir un moyen de communication afin de prioriser les interventions des agents techniques et tracer leurs interventions, notamment par exemple, sur les purges, etc...

Axes d'amélioration :

- ⇒ Privilégier NET SOINS pour communiquer, sauf urgence.
- ⇒ Tracer les purges, relevées de températures, etc.
- ⇒ Mettre en place le suivi d'entretien des fontaines à eaux
- ⇒ Mettre à jour le classeur accessible à l'accueil avec les différentes notices de tous les produits utilisés dans l'établissement
- ⇒ Mettre à jour le classeur sanitaire
- ⇒ Former un maximum de professionnels et faire une mise en situation surprise
- ⇒ Former un maximum de professionnels à l'Habilitation électrique
- ⇒ Développer des partenariats avec des centres de formation (accueillir des stagiaires)

2.7. LE PROJET D'ANIMATION

Les établissements Hyacinthe Hévin d'Etelles et La Sainte Famille d'Argentré du Plessis travaillent en collaboration depuis juin 2016. Une mutualisation de matériel et de partage d'expérience entre les professionnels ont conduit à un objectif commun au CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) établi en 2019 par l'EHPAD La Sainte Famille d'Argentré du Plessis. Plusieurs actions concernant l'animation et la vie sociale y ont été décidés dont l'écriture d'un projet d'animation commun avec l'EHPAD Hyacinthe Hévin.

Afin de répondre au mieux aux besoins des deux structures, le projet d'animation commun aura pour objectif :

- D'exploiter les outils de chaque structure pour agrémenter l'offre d'animation et de vie sociale pour les résidents
- De favoriser l'ouverture vers l'extérieur en créant du lien social inter-EHPAD

Le projet d'animation commun sera finalisé en 2022.

2.7.1. OBJECTIFS DE L'ANIMATION

Du lundi au vendredi, plusieurs activités variées sont proposées aux résidents selon leurs envies et leurs capacités : activités manuelles, physiques, sociales, ludiques ou intellectuelles. Le but principal de l'animation est « d'apporter de la vie » de quelque manière que ce soit. Les activités se passent majoritairement dans la salle d'animation l'après-midi qui peut accueillir 120 personnes et qui est équipée pour les spectacles. Chaque activité est proposée à l'ensemble des résidents.

Elles répondent individuellement à des objectifs précis :

- Activités manuelles (petit bricolage, art floral, jardinage) : *maintenir la dextérité de la personne âgée, développer l'expression créative et les capacités physiques*
- Activités physiques (jeux de palets, d'adresse, gym douce) : *favoriser l'autonomie physique, stimuler la coordination des gestes*
- Activités sociales (sorties, goûter festif, moment convivial) : *créer du lien social entre résidents et avec l'extérieur, rompre l'isolement, susciter la discussion*
- Activités intellectuelles (activités mémoire, jeux de société, lecture du journal) : *stimuler la mémoire et les facultés cognitives, encourager la concentration*

2.7.2. L'ANIMATION AU QUOTIDIEN

Des animations sont proposées de manière régulière aux résidents dans le but de donner un repère temporel :

- Les goûters d'anniversaires : le dernier mercredi de chaque mois, un intervenant extérieur musical vient animer un spectacle à partir de 14h30 en salle d'animation. Les anniversaires du mois sont fêtés, chaque résident reçoit une rose. Un gâteau fait maison par le service restauration est ensuite servi.
- Les activités physiques adaptées : un mardi après-midi sur deux, un éducateur sportif extérieur intervient au sein de l'EHPAD pour proposer de la gym à un groupe de résidents. Cette activité est également proposée par l'ergothérapeute et l'aide animatrice le jeudi après-midi.
- La boutique : en salle d'animation, un vendredi matin sur deux, les résidents peuvent venir acheter des produits d'hygiène, gâteaux, sucreries en salle d'animation à la boutique tenue par un membre de l'équipe d'animation.
- La messe a lieu tous les vendredis après-midis à la chapelle de l'EHPAD. Une liste est établie par l'équipe d'animation qui accompagne les résidents qui le souhaitent avec l'aide des bénévoles de l'aumônerie.
- Le concours de belote : à la demande des résidents, un concours de belote est organisé tous les 2 mois en salle d'animation. Les équipes sont tirées au sort afin d'encourager le lien social entre les résidents.
- Le loto a lieu 1 fois par trimestre en salle d'animation.

Des activités sont organisées le matin à 10h30 (ponctuellement dans la semaine), elles sont davantage adaptées aux petits groupes et orientées vers la « vie quotidienne » : épiluchage de légumes, lecture du journal, ballade dans le parc...

Elles se déroulent dans les lieux de vie des services afin de côtoyer un maximum de résidents. Dès que cela est possible aux beaux jours, l'équipe d'animation veille à ouvrir les résidents au maximum vers l'extérieur grâce au parc de l'établissement qui est un réel atout (après-midis palets, chants). Aussi, l'achat commun d'un véhicule accessible PMR avec l'EHPAD d'Argentré du Plessis permet de proposer des sorties à l'ensemble des résidents.

2.7.3. L'EQUIPE D'ANIMATION

Elle est composée de 2 professionnels : 1 poste d'animatrice à temps plein et 1 poste d'aide en animation à temps partiel. Elles interviennent auprès de l'ensemble des personnes âgées. Leurs rôles sont de favoriser le bien-être des résidents et leur permettre de retrouver, conserver ou développer une vie sociale au sein de l'EHPAD et de son environnement.

L'équipe fait partie d'un réseau d'échanges interprofessionnels avec la personne âgée entre animateurs d'EHPAD de la communauté de Vitré : cela permet de partager sur les pratiques professionnelles et d'enrichir les échanges inter-EHPAD pour les résidents.

2.7.4. LA COMMUNICATION

Un planning d'animation est établi à la semaine. Il est distribué à chaque résident avec le menu. Aussi, il est affiché dans chaque service pour permettre une visibilité pour les équipes et les familles.

L'équipe d'animation rappelle l'animation du jour aux résidents qui mangent en salle de restaurant lors du repas du midi. Ce moment permet aussi un moment de dialogue et de passage d'informations aux résidents (sur la vie de l'établissement, décès d'un résident...) qui est apprécié afin de les impliquer pleinement dans la vie institutionnelle. Par contre, les résidents qui mangent dans les lieux de vie des services n'ont pas ces informations.

Plusieurs instances importantes pour l'animation ont lieu dans l'établissement :

- la commission animation : qui permet d'offrir un temps d'échange entre les résidents et l'équipe d'animation. Cette réunion est ouverte à l'ensemble des résidents, c'est l'occasion d'évaluer l'animation et la réadapter selon les souhaits des résidents. Les résidents ont exprimé le besoin de fixer 2 commissions animation par an dans le but d'enrichir l'offre d'expression des résidents
- le Conseil de la Vie Sociale

2.7.5. L'EVALUATION

L'équipe d'animation évalue et note la traçabilité de l'animation après chaque activité proposée sur le logiciel Netsoins installé au sein de l'établissement. Cette évaluation permet de quantifier et qualifier l'animation de manière individuelle. L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire peut y accéder ce qui permet une prise en soins globale du résident.

Il y a eu des nouveautés apportées en animation : concours de belote, tricot...qui semblent très appréciés par les résidents. Ces derniers apprécient la collectivité et un esprit de solidarité existe entre eux.

Toutefois, l'équipe d'animation ne peut subvenir à l'animation et l'accompagnement de l'ensemble des résidents (particulièrement les personnes âgées avec des troubles cognitifs,

plus fatigables). Il y a un manque de moyens humains pour pouvoir offrir une animation équitable :

- ❖ Quelques résidents souhaiteraient être davantage impliqués dans la vie institutionnelle
- ❖ Suite à la crise sanitaire, les résidents souhaitent renouer avec des moments simples et conviviaux
- ❖ Certains temps « creux » existent (avant l'ouverture de la salle à manger, en fin de service le matin ...) et ne sont pas « investis »

Une réunion d'informations ouverte au public a été organisée à l'EHPAD pour présenter la convention des bénévoles et les différentes interventions possibles au sein de la structure.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Améliorer la décoration et l'installation des lieux de vie pour encourager le «vivre ensemble» et la convivialité
- ⇒ Revoir l'organisation de l'animation pour proposer une animation aux personnes avec des troubles cognitifs ou de l'accompagnement individualisé
- ⇒ Installer des chariots « flashes »
- ⇒ Trouver et fidéliser des bénévoles
- ⇒ Valoriser l'utilisation de l'ActivTab
- ⇒ Proposer des projections de films en interne
- ⇒ Développer les sorties au sein du territoire
- ⇒ Créer du lien inter-EHPAD avec l'EHPAD d'Argentré du Plessis en particulier
- ⇒ Améliorer l'animation et la participation des résidents aux repas à thème
- ⇒ Renouveler les groupes de paroles par service avant le CVS en présence de la direction et/ou psychologue et/ou animatrice
- ⇒ Impliquer les résidents qui le souhaitent dans les actes de la vie quotidienne : linge, courrier, mise des couverts,...
- ⇒ Recueillir les souhaits des résidents par le biais d'une enquête de satisfaction

2.7.6. LA PLACE DES BENEVOLES

Depuis plusieurs années, des bénévoles interviennent au sein de la structure pour la messe, apporter leur aide lors d'événements festifs ou accompagner les résidents pour les grandes animations.

Chaque bénévole doit signer la charte du bénévolat et la lettre d'engagement. Il se voit remettre un badge nominatif et doit le porter pour être identifié comme tel par les résidents, l'équipe et les visiteurs.

La plupart de ces bénévoles sont retraités. Beaucoup ont souhaité arrêter leur engagement suite à la crise sanitaire liée à la Covid-19.

En 2021, la direction et l'animatrice en place ont souhaité revoir l'organisation et valoriser la place du bénévole au sein de l'EHPAD Hyacinthe Hévin. En effet, les bénévoles sont des acteurs importants : ils s'engagent à offrir de leur temps au profit des résidents. Ils peuvent renforcer les moyens humains de la structure et le temps passé auprès des résidents. Ils permettent également de maintenir un lien social avec l'extérieur.

La charte du bénévolat a été remise à jour en accentuant sur l'investissement et l'engagement attendus des bénévoles de la part de l'établissement.

Un appel à bénévoles a été lancé auprès des familles et dans la commune pour motiver de nouvelles personnes à intégrer l'équipe. Une réunion d'informations a été organisée en

novembre 2021 pour présenter le rôle et les attentes de l'établissement et des bénévoles : malheureusement, il y a eu peu de participants.

2.7.6.1. LA PLACE DES BENEVOLES DE L'AUMONERIE

Par son histoire, l'établissement possède une chapelle. Une cérémonie religieuse et catholique est célébrée par un prêtre chaque semaine.

Les bénévoles de l'aumônerie accompagnent et assurent le transfert des résidents qui ont besoin d'aide pour aller à la messe le vendredi après-midi.

Leurs missions répondent à des attentes et ont été fixées par l'établissement. Elles se composent par :

- l'accompagnement et le transfert des résidents à la messe,
- l'installation et le rangement de la chapelle ou de la salle d'animation,
- l'intervention en chambre à la demande du résident

Elles sont spécifiquement écrites dans la charte du bénévolat.

L'animatrice encadre la venue des bénévoles de l'aumônerie en établissant un planning par vendredi qui permet d'assurer le nombre de bénévoles nécessaires auprès des résidents.

Axes d'amélioration

- ⇒ Recruter de nouveaux bénévoles pour avoir 4 bénévoles de l'aumônerie par vendredi
- ⇒ Renforcer la proposition de passages en chambre du prêtre ou bénévoles de l'aumônerie pour les résidents dans le besoin (fin de vie)

2.7.6.2. LA PLACE DES BENEVOLES DE L'ANIMATION

Les missions des bénévoles de l'animation sont de :

- participer aux grandes animations, aux manifestations,
- accompagner lors de sorties extérieures,
- assurer la visite en chambre auprès des résidents isolés,
- proposer des sorties dans le parc de l'EHPAD,
- « animer » un atelier avec les résidents.

Elles peuvent être complétées selon les capacités du bénévole et les attentes de la structure. Elles sont aussi spécifiquement inscrites dans la charte du bénévolat.

Par la volonté d'enrichir la place et le lien entre les bénévoles et les résidents, l'établissement insiste sur la venue régulière des bénévoles d'animation.

Parmi ces bénévoles, certains sont « bénévoles visiteurs » : à une fréquence donnée, ils assurent une visite à des résidents isolés avec peu d'échange extérieur. Une liste de résidents est établie à l'avance par l'animatrice en lien avec l'équipe.

Axes d'amélioration

- ⇒ Mettre en place des « activités » par des bénévoles (bricolage, jeux.)
- ⇒ Recruter de nouveaux bénévoles

3. PROJET MEDICAL ET DE SOINS

3.1. ORGANISATION DE LA PRISE EN SOIN MEDICALE ET SOIGNANTE

3.1.1. ORIENTATIONS DU PROJET MEDICAL ET DE SOINS

Cadre réglementaire :

Selon les recommandations et textes régissant le secteur médico-social dédié à l'accompagnement des personnes âgées en institution : «*La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.* »

Dans cette dynamique, il paraît essentiel d'organiser la prise en soins des résidents de l'EHPAD au plus près de leurs besoins et de leurs attentes. Nous nous appuyons sur les recommandations de l'ANESM, notamment les volets « *La qualité de vie en EHPAD* ».

Le projet de soin du résident faisant partie intégrante, au même titre que les autres projets, du PAP qui doit prendre en compte les directives du résident concernant sa prise en soins et l'information à laquelle il peut prétendre, telle que le précise la **loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**.

Rappel de l'existant :

Le projet médical est établi par le médecin traitant du résident dès la demande d'admission en EHPAD. Le jour de la visite de préadmission, l'IDEC effectue le recueil d'informations nécessaire pour compléter le projet médical du résident et réaliser le plan de soins qui en découle. Le plan de soins est ensuite mis à jour régulièrement par le référent du résident, l'IDE et/ou l'IDEC en fonction des besoins selon l'évolution de son état de santé. Il peut également être réajusté lors de la mise à jour du PAP si besoin.

Constat :

Nombre de plans de soins nécessiterait une mise à jour dû à un manque de formation des soignants quant à l'utilisation de Netsoins, un manque de temps, manque de personnel. Le projet médical de chaque résident manque également de suivi par les médecins traitants (peu disponible, visite « expéditive » pour les renouvellements d'ordonnances seulement).

Axes d'amélioration :

- ⇒ Formation de l'ensemble du personnel pour la mise à jour d'un plan de soins sur Netsoins
- ⇒ Recrutement d'un médecin Coordinateur

3.1.2. FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE SOIGNANTE PARAMEDICALE ET PERSONNALISATION DE LA PRISE EN SOIN.

Cadre réglementaire :

La loi du 4 mars 2002 insiste sur la nécessité de mettre en œuvre un projet de vie et de soins en équipe pluridisciplinaire. Le management et la coordination des décisions pluridisciplinaires impliquent une réflexion sur le rôle et les interventions de chacun, et la complémentarité entre les différents acteurs du soin.

Rappel de l'existant :

Une équipe pluriprofessionnelle effectue des soins médicaux, paramédicaux et médicotechniques et veille de jour comme de nuit au bien-être du résident dans un souci permanent du respect de ses choix et de son intimité tout en garantissant le maintien à l'autonomie et la qualité des soins.

Pour assurer l'accompagnement des résidents accueillis, l'EHPAD Hyacinthe Hévin dispose de différents professionnels médicaux et paramédicaux :

- Une Infirmière Coordinatrice à temps plein
- Une Psychologue présente 3 jours par semaine
- Une Ergothérapeute présente 2.5 jours par semaine
- Des professionnels paramédicaux diplômés: IDE, AS, AMP, ASG
- L'équipe de jour couvre la plage horaire de 7H00 à 21H00.
- L'équipe de nuit prend le relai de 20H30 à 7H20.
- Une présence infirmière est assurée de 7H00 à 20H00 la semaine et de 7H00 à 19H00 le weekend

L'ensemble des missions et rôles de chacun, sont déclinés dans des fiches de postes pour chaque métier.

L'EHPAD Hyacinthe Hévin a réalisé un important travail de réorganisation des soins en 2020, avec optimisation du temps accordé aux soins de nursing des résidents et mise en valeur des compétences variées et complémentaires des professionnels soignants. La coordination de l'ensemble de l'équipe paramédicale est réalisée par l'IDEC. Cette notion de complémentarité professionnelle est essentielle pour garantir la qualité de l'accompagnement des résidents. Elle doit être intégrée par l'ensemble des catégories qui composent l'équipe pluriprofessionnelle à partir des compétences et non pas des postures.

Cette notion de complémentarité est aussi importante entre l'équipe d'animation et l'équipe de soins afin d'assurer une collaboration tant sur les animations organisées, qu'à travers l'accompagnement individuel des résidents au quotidien. Il est nécessaire de réfléchir sur la notion même d'équipe où le principe de diversité est à cultiver. Chaque individu faisant parti d'un champ professionnel a un rôle complémentaire et non interchangeable avec celui des autres. Toutes les filières au service de l'accompagnement du résident doivent entrer dans cette dynamique dans une réelle démarche collaborative.

Constat :

- Manque de temps pour les accompagnements individuels
- Pertes d'informations sur les temps de transmissions orales
- Les difficultés de recrutement impactent sur la qualité de la prise en soins global et les accompagnements individuels

Axes d'amélioration :

⇒ Recrutement AS et AMP (diplômés)

3.1.3. SUIVI MEDICAL DES RESIDENTS ET COORDINATION MEDICALE.

Rappel de l'existant :

Pour améliorer la traçabilité et la continuité des soins des résidents, l'EHPAD Hyacinthe Hévin a investi en 2019 dans la mise en place d'un logiciel de soins informatisé (Netsoins) et l'achat de tablettes mobiles pour chaque poste soignant. Un passage du format « papier » au format « informatique » a permis de centraliser les informations des résidents dans un seul outil

commun, de simplifier les recherches d'information et d'améliorer la prise en soins « globale » du résident.

Grace à ce logiciel intuitif et fonctionnel, l'équipe peut accéder facilement aux informations administratifs (personnes à contacter, rendez-vous programmé), médicale (pathologies, antécédents, ordonnance en cours, observations médicales), paramédical (plan de soins global, suivi psychologique, évaluation Ergothérapeute) et au projet d'accompagnement personnalisé du résident.

Des temps de transmissions orales obligatoires sont organisés quotidiennement :

- De 7H00 à 7H20 : Transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin
- De 14H00 à 14H30 : Transmissions de l'équipe du matin à l'équipe du soir
- De 20H45 à 21H00 : Transmissions de l'équipe du soir à l'équipe de nuit

Ces transmissions orales complètent les transmissions écrites, traitent des problèmes du jour prioritaires et permettent un échange d'expérience pluri-professionnel, un partage de connaissances et de compétences pour répondre au mieux aux attentes et besoins des résidents au quotidien.

Les résidents sont tous suivis par des médecins traitants libéraux, dont ils ont le libre choix selon l'article 6 du code de déontologie. 17 médecins libéraux interviennent au sein de l'établissement. Les médecins interviennent pour les renouvellements d'ordonnance et en cas de nécessité, sur appel de l'IDE, pour le diagnostic de pathologie intercurrente. Ils participent à la bonne tenue des dossiers médicaux et doivent tracer toute information pertinente de l'état de santé du résident et le traitement en cours, ce qui est encore irrégulièrement fait.

Constat :

La région manque de médecin traitant qui accepte de nouveaux patients, donc difficile d'avoir « libre choix » pour les nouveaux résidents. Certaines demandes d'admissions à l'EHPAD peuvent être remises en question dû au manque de médecin traitant intervenant.

Le manque de traçabilité des informations ou d'observations médicales dans les dossiers des résidents par les médecins pose des difficultés pour l'équipe IDE (chronophage) et est source d'erreur.

On constate un manque de formation des médecins sur l'utilisation de Netsoins. Certains refusent l'utilisation du logiciel et préfèrent rester au format « papier ». Par conséquent, les IDE doivent retranscrire les ordonnances. D'autres ont besoin d'aide pour se connecter, trouver les informations dans le dossier, lire les transmissions, renouveler les médicaments sans faire d'erreur sur les posologies ou les durées de traitement, imprimer l'ordonnance,... Les IDE doivent donc être présentes et doivent assister les médecins pour éviter les erreurs. L'EHPAD a organisée en 2019 une session de formation Netsoins à l'attention des médecins pour pallier à leurs difficultés, mais seuls 2 médecins ont répondu à l'invitation sur les 17 conviés.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Recrutement médecin coordonnateur
- ⇒ Formation et sensibilisation de la traçabilité aux médecins traitant intervenant
- ⇒ Formation Netsoins aux équipes soignantes pour améliorer la traçabilité

3.1.4. CIRCUIT DU MEDICAMENT

Afin d'améliorer la sécurisation du circuit du médicament au sein de l'EHPAD et de nous conformer aux préconisations des autorités de santé, le nouveau système de piluliers "PDA" (Préparation des Doses à Administrer) de chez OREUS, préparé par la Pharmacie d'Etrelles a été mis en place le 07/10/2021. Ce système améliore l'observance, l'identito-vigilance, l'hygiène et répond aux dernières recommandations de l'ARS et des bonnes pratiques professionnelles autour du circuit du médicament. Il permet une totale traçabilité depuis la préparation jusqu'à la distribution.



L'administration des médicaments fait partie des actes infirmiers *« soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin »* (art. R 4311-7 du CSP).

« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre de protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R.4311-3 » (art. R. 4311-4 du CSP)

Sous ces conditions et de par leur formation (arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat D'aide-soignant ; Annexe I : référentiel de formation du diplôme professionnel d'aide-soignant), les AS peuvent, sous la responsabilité des IDE et dans le cadre de l'aide aux soins réalisés par ces derniers, aider à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable.

Lorsque le traitement n'est pas administré par l'IDE, il lui incombe :

- D'organiser la collaboration avec les AS/AMP en contrôlant leurs connaissances, leurs compétences et leurs pratiques ;
- De transmettre les instructions nécessaires à la bonne administration via le logiciel Netsoins et/ou oralement ;
- De coordonner les informations relatives aux soins via le dossier du résident.

L'AS ou l'AMP devra notamment :

- Respecter les consignes de l'IDE ;
- Transmettre précisément à l'IDE les informations importantes (non prise d'un traitement par exemple) ;
- Signaler tout évènement anormal concernant un résident ou toute difficulté rencontrée.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit les dispositions suivantes dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) :

«Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.» (Art. L. 313-26 du CASF).

Ainsi, dans ce cas précis, toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante peut donc assurer cette aide à la prise des médicaments à condition d'être suffisamment informée des doses prescrites aux personnes concernées et du moment de leur prise dans le cadre d'un protocole de soins individualisé.

En application des dispositions de l'article L. 313-26 du CASF, il appartient donc au prescripteur de se positionner clairement sur la prescription médicale. A défaut de mention sur cette prescription de la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, l'aide à la prise médicamenteuse est considérée comme une aide aux actes de la vie courante.

En résumé, l'article L. 313-26 du Code de l'action sociale et des familles(CASF) concerne:

- Tout aidant (pas seulement l'aide-soignant) suffisamment informé ;
- Les médicaments prescrits, à l'exclusion de tout autre ;
- Les médicaments dont le mode de prise, compte tenu de leur nature, ne présente ni difficulté particulière d'administration, ni apprentissage spécifique ;
- À la condition que la prescription ne vise pas expressément l'intervention d'auxiliaires médicaux et que les médicaments aient été préparés par le personnel infirmier
- La distribution du médicament en chambre reste à la charge de l'AS, AMP ou de l'IDE.

Toutes ces conditions doivent être réunies.

LES DIFFERENTES ETAPES DU CIRCUIT DU MEDICAMENT :

SECURISATION DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE :

Les prescriptions sont informatisées avec accès sécurisé par mot de passe pour chaque médecin traitant sur le logiciel Netsoins. Un double contrôle est fait par la pharmacie sur les ordonnances pour sécurisation, analyse pharmaceutique et archivage dans le cadre de la démarche qualité engagée par la Pharmacie. La forme galénique des traitements est adaptée dès que possible au contexte de chaque résident et par rapport aux recommandations en matière d'ouverture des gélules et d'écrasement des comprimés présents à l'infirmerie. La mention « Acte de la vie courante » validant l'administration médicamenteuse par l'équipe soignante est notifiée sur les prescriptions médicales via Netsoins.

La surveillance de prise des médicaments est tracée dans les plans de soins des résidents le nécessitant, et la répartition des prises est détaillée sur la journée. Une liste de médicaments à prescrire préférentiellement est définie, disponible à l'infirmerie et envoyée à tous les médecins traitants. Le Logiciel Netsoins permet la prescription informatisée, avec une aide à la prescription associé à une banque de donnée.

STOCKAGE :

Des casiers nominatifs pour chaque résident sont rangés dans une armoire fermant à clé à l'Infirmerie qui est sécurisée par un Digicode. Les casiers sont rangés par ordre des numéros de chambre pour chaque service avec les traitements « si besoin » ou « hors piluliers » en réserve dans leur emballage d'origine.

Les ordonnances en cours sont rangées dans un classeur à l'Infirmerie (identifié et classée par ordre alphabétique). Les piluliers, préparés chaque semaine par la Pharmacie sous forme de « PDA », sont rangés sur leur support dès la réception à l'Infirmerie (classé par numéro de chambre par service). Le stock du chariot d'urgence et de première nécessité fait l'objet d'une dotation qualitative et quantitative définie par l'ARS / Omedit selon la liste des médicaments

pour soins urgents dans les EHPAD sans PUI. Un relevé quotidien de la température du réfrigérateur de l'infirmierie est réalisé par les IDE et tracé dans le cadre du respect de la chaîne du froid. Si la température relevée dépasse 8°C, l'IDE prévient immédiatement l'IDEC et/ou la direction, ainsi que la pharmacie pour la conduite à tenir.

Les médicaments périmés sont évacués dans un Cyclamed et retournés à la pharmacie.

La livraison des traitements (par la pharmacienne ou son personnel), est faite directement dans la salle de soins IDE fermée par digicode. Les traitements à mettre au frais sont mis par la pharmacie dans le réfrigérateur de la salle de soins. La livraison est faite par paquets fermés et identifiés au nom du résident.

La réception fait systématiquement l'objet d'un contrôle qualitatif et quantitatif par l'IDE présente.

SECURISATION DE LA PREPARATION DES DOSES A ADMINISTRER :

Les piluliers sont préparés exclusivement par la pharmacie à partir de la prescription informatisée (via Netsoins & OREUS) et de l'ordonnance papier du médecin traitant. Un contrôle est réalisé 1 fois par semaine par une IDE après réception des piluliers et tracé. En cas d'erreur de préparation, la traçabilité est envoyée en copie à la pharmacie et l'erreur est immédiatement corrigée par l'IDE.

La préparation de la distribution est réalisée par l'IDE à l'Infirmierie. La PDA du jour est répartie dans des plateaux adaptés et identifié par service. Sur chaque blister apparait le nom, prénom, n° de chambre, service du résident, ainsi que les médicaments présents dans chaque alvéole, la date du jour, l'heure de prise et l'ajout d'un traitement « hors piluliers » ou « si besoin » (sachets, gouttes,...).

SECURISATION DE LA DISTRIBUTION/ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS :

L'IDE distribue tous les médicaments du matin sur les plateaux de petit déjeuner des résidents (identifiés et rangés par N° de chambre). Elle distribue également les médicaments midi et soir auprès des résidents présent au restaurant. L'AS, l'AMP ou l'AES distribue les médicaments (préalablement préparé par l'IDE) midi et soir auprès des résidents prenant leur repas en chambre ou dans le lieu de vie du service. Les traitements du coucher (préalablement préparé par l'IDE) sont distribués par l'AS de soir ou l'AS de nuit selon les besoins des résidents.



Les médicaments stupéfiants sont rangés dans un coffre fermant à clé et fixé à une armoire fermant à clé également. Seuls les médicaments stupéfiants sont détenus dans ce coffre. La clé n'est accessible qu'aux IDE, l'IDEC et Med Co. Toute administration dépend d'une prescription médicale sur une ordonnance sécurisée nominative, datée, signée et rangée dans le coffre. La prescription est tracée dans le dossier du patient (Netsoins). Toute entrée et sortie est répertoriée dans le registre de suivi avec la date, le nom du médicament, son dosage, la quantité et le nom du résident concerné. Si le médicament est sorti du stock en cas d'urgence, cela doit être noté et doit correspondre à une prescription médicale. La gestion du stock résiduel à utiliser en cas d'urgence est sous la responsabilité de l'IDEC (Inventaire entrée / sortie).

COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES /CONTINUTE PRISE EN CHARGE :

En cas de transfert d'un résident vers un établissement de santé ou médicosocial, la prescription est systématiquement transmise via le dossier de liaison d'urgence et/ou l'ordonnance en cours.

Constat :

Dans le cadre de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, un bilan biologique doit être réalisé au moins une fois par an pour chaque résident et doit comprendre au minimum NFS, fonction rénale et Ionogramme, en dehors des médicaments nécessitant une surveillance spécifique. Actuellement, les médecins traitants ne sont pas toujours vigilants à prescrire un bilan sanguin régulier dans ce sens et l'absence de médecin coordonnateur au sein de l'EHPAD ne facilite pas le suivi. Dans le plan de soins la traçabilité est bien faite, reste à améliorer la traçabilité du médicament réellement pris.

Le manque de disponibilité des médecins traitant est un réel problème concernant la sécurisation de la prescription. En effet, dans le cadre de la préparation des doses à administrer par la pharmacie, les ordonnances doivent être à jour sur Netsoins pour pouvoir réaliser les piluliers à la semaine. Mais lorsque qu'un médecin ne peut se déplacer avant la date de fin de renouvellement, les IDE doivent renouveler sur le logiciel, provisoirement, les traitements de fond en attendant le passage du médecin. Ce qui présente un risque d'oubli de régularisation d'ordonnance et un risque d'erreur de préparation si le médecin décide d'effectuer un changement de traitement. Chaque changement de traitement réalisé après la préparation des piluliers représente pour les IDE une charge de travail supplémentaire et un risque d'erreur.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Demander aux médecins traitants la prescription d'un bilan biologique au moins 1 fois par an pour chaque résident.
- ⇒ Formation Netsoins sur la traçabilité du médicament
- ⇒ Revoir l'organisation concernant les Renouvellements d'ordonnances afin d'anticiper au mieux le passage des médecins.
- ⇒ Formation/ Sensibilisation sur le Circuit du médicament auprès du personnel au moins 1x/an
- ⇒ Proposer plusieurs temps de rencontre avec les médecins traitants pour sensibilité et former à l'utilisation de Netsoins.

3.2. GESTION DES RISQUES, PREVENTION ET DEVELOPPEMENT DES SOINS GERIATRIQUES**3.2.1. PRISE EN COMPTE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DE LA PERSONNE AGEE ET DE SON ENTOURAGE**

La souffrance psychique est, «un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie. Elle indique la présence de symptômes ne correspondant pas à des critères diagnostics de maladie et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles». L'intensité de cette souffrance, sa permanence, sa durée et/ou ses conséquences peuvent néanmoins conduire à la nécessité d'une prise en charge médico-psycho-sociale.

L'avancée en âge peut être à l'origine de questionnements (sur son passé, son avenir, le sens de la vie, etc.) voire d'une souffrance existentielle, particulièrement au grand âge. Ainsi la souffrance psychique des personnes âgées et ses différentes formes d'expression (tel le ralentissement psychomoteur, le repli sur soi, la somatisation, etc.) sont encore souvent banalisées et mises sur le compte du seul vieillissement. Pourtant, la dépression des personnes âgées est une pathologie et en aucun cas la conséquence d'un vieillissement normal. Les personnes âgées constituent par ailleurs une population vulnérable face au risque suicidaire. 2 948 personnes âgées de plus de 65 ans décèdent par suicide en moyenne chaque

année en France, selon les Données 2005-2007 de l'Inserm. Dans l'ensemble de la population française, c'est chez les plus de 85 ans que le taux de décès par suicide est le plus élevé : il est de 39,7 pour 100 000, ce qui est deux fois plus que pour les jeunes de 25 à 44 ans. La dépression est la première cause de suicide.

L'amélioration du repérage des situations de souffrance psychique ou de dépression constitue donc un réel enjeu de santé publique permettant notamment de réduire le nombre de passages à l'acte suicidaire. Aussi la pluralité des causes de souffrance psychique est un élément clé de compréhension des difficultés de repérage qui peuvent se poser aux professionnels des services et établissements, ce d'autant que cette souffrance, qui concerne l'intimité des personnes, peut s'exprimer de diverses façons. Chez les personnes âgées, il est estimé que deux tiers des plaintes liées à la dépression ont une expression somatique, véritable masque d'un état dépressif.

Les professionnels des établissements sont en première ligne pour repérer la manifestation des signes de souffrance psychique. Ce travail d'observation requiert des qualités humaines (le savoir-être), des connaissances (les savoirs) et des compétences professionnelles (le savoir-faire). Le repérage est l'étape préalable à l'accompagnement des personnes en situation de souffrance psychique vers une consultation chez leur médecin traitant et/ou vers la mise en place d'aides, de soins ou de traitements adaptés.

Ainsi l'établissement s'attache par son regard pluridisciplinaire à :

- Identifier les possibles facteurs de risques de souffrance psychique. Cela passe par une prise de connaissance des situations et des événements de vie souvent générateurs de souffrance psychique chez les personnes âgées, un échange avec la personne et le cas échéant, le(s) aidant(s) pour déterminer si certains de ces événements ont été à l'origine d'une souffrance psychique et/ou de la mise en place de l'accompagnement.
- Mobiliser les ressources et les potentialités de la personne : en évaluant les facteurs favorables présents dans l'environnement et les potentialités de la personne, en repérant les situations dans lesquelles l'autonomie de la personne et la valorisation de son estime d'elle-même peuvent être améliorées, en privilégiant autant que possible l'autonomie fonctionnelle de la personne et en intervenant de façon complémentaire dans la réalisation ou la finalisation de certains gestes/activités.
- Encourager la personne et le cas échéant le(s) aidant(s), à solliciter autant que de besoin et sans attendre la situation de crise, les professionnels de santé, la psychologue, le médecin traitant.

Les soignants sont particulièrement attentifs aux évolutions de comportements et/ou aux événements qui peuvent être considérés comme des mises en danger voire des équivalents suicidaires conscients ou inconscients, de la personne et/ou du ou des aidant(s). Ils échangent avec la personne puis en équipe sur les changements observés, assurent une pluridisciplinarité des réflexions par une prise en compte à importance égale des observations transmises par toutes personnes (professionnelles ou non professionnelles) dès lors que ces dernières ont un contact régulier avec la personne aidée. Une cible appelée «soutien psychologique» a d'ailleurs été ajoutée dans le logiciel Netsoins, l'objectif étant d'identifier ces temps d'échange comme des actes de soins avec la possibilité de les introduire dans le plan de soins.

L'établissement soutient les professionnels dans le travail de repérage des signes de souffrance psychique en les sensibilisant, y compris ceux travaillant la nuit, à la notion de souffrance psychique et à l'observation de ses manifestations possibles, en organisant régulièrement des temps d'échanges (réunions de service, projet d'accompagnement personnalisé, transmissions et/ou entretiens individuels) dédiés à l'expression des professionnels sur leurs éventuelles difficultés liées au repérage des situations de souffrance

psychique, en encadrant l'utilisation par les professionnels d'outils d'aide au repérage ou à l'analyse de ce qui a été repéré (grilles, échelles, recommandations de pratiques professionnelles, etc.).

Pour cela il reste indispensable d'identifier les professionnels ressources en santé mentale en interne comme en externe.

- La présence d'une psychologue au sein de l'établissement 3 jours par semaine du lundi au mercredi de 9H00 à 17H00. Celle-ci est amenée à organiser des suivis psychologiques réguliers et/ou des entretiens ponctuels dits «de crise» auprès des résidents et/ou leurs familles. Elle anime les réunions «Projet d'Accompagnement Personnalisé», participe aux transmissions ainsi qu'aux réunions de service afin d'accompagner les équipes dans leur démarche de réflexion. Des outils d'aide au repérage et à l'évaluation du risque suicidaire lui sont également accessibles via le logiciel Netsoins.
- Le médecin traitant de la personne peut être sollicité afin de poser un diagnostic médical et/ou proposer la mise en place d'une prise en charge médico-psycho-sociale.
- Un partenariat est également en place avec le Centre médico psychologique (CMP) d Vitré, celui dépendant directement du centre hospitalier Guillaume Régnier. Ainsi deux infirmiers du CMP se déplacent 1 fois par mois, chacun leur tour, sur la résidence afin d'assurer le suivi psychiatrique de résidents déjà connus de leurs services. Aussi, ils peuvent être à tout moment sollicités, par la psychologue ou les infirmières de l'EHPAD, via un formulaire spécifique dit «bon d'intervention». Après évaluation de la demande par le médecin psychiatre, une visite de pré-évaluation est dans ce cas réalisée. Des droits NETSOINS leurs ont été ouverts afin d'assurer la traçabilité de leurs visites, la confidentialité des données restant bien entendu maintenue puisqu'ils ont une visibilité uniquement sur les résidents suivis.

Une réflexion a également été menée sur la sécurisation de l'environnement pour les personnes dites «à risque». Ainsi ont été privilégiés sur l'ensemble de l'établissement les appels malade «sans fil», les fenêtres avec ouverture en oscillo-battant ou à fermeture manuelle (clef).

Difficultés rencontrés :

- Absence de médecin coordonnateur pour faciliter la réactivité et la continuité des soins
- Manque de services d'urgence psychiatrique de proximité
- Problématique de l'accès aux soins du public âgé trop souvent jugé « non prioritaire »
- Manque de temps, de professionnels pour faciliter la mise en place d'accompagnements individuels, de soins relationnels, de temps d'écoute.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Poursuivre la formation des professionnels au repérage des signes de souffrance psychique.
- ⇒ Elaborer un protocole d'accompagnement de l'équipe face à un risque suicidaire et/ou suite à un passage à l'acte.
- ⇒ Etablir une liste des personnes ressources ou des structures locales compétentes pour la prise en charge de la souffrance psychique.
- ⇒ Développer téléconsultation/télémedecine avec médecins psychiatres.

3.2.2. L'ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE ET SOINS PALLIATIFS

Cadre réglementaire



Une personne est en fin de vie lorsqu'elle souffre d'une affection ou d'une maladie grave et incurable en phase avancée ou terminale et donc lorsque son pronostic vital est engagé. Cette personne peut bénéficier d'un accompagnement en soins palliatifs jusqu'à la fin de ses jours.

Selon la définition de l'OMS de 2002, les soins palliatifs correspondent à l'ensemble des soins dispensés aux personnes atteintes d'une maladie grave chronique évolutive ou terminale mettant en jeu son pronostic vital et ce, peu importe son âge.

Le 22 avril 2005, la loi LEONETTI (relative aux droits des malades et à la fin de vie) interdit l'acharnement thérapeutique et autorise les médecins (dans certaines conditions) à limiter ou cesser les traitements. Autrement dit, la loi affirme le droit au patient de mourir soulagé et accompagné.

Le 2 février 2016, la loi Claeys-Léonetti propose de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, créant un droit à la sédation profonde et continu jusqu'au décès.

Rappel de l'existant

Lorsqu'un accompagnement d'une personne en fin de vie est nécessaire, les résidents doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée. Chez les personnes âgées, cette situation accentue leur vulnérabilité physique et psychologique en venant limiter leur pouvoir de décisions. La fin de vie soulève de nombreuses questions, notamment au regard du respect des droits et des libertés individuels, mais aussi de la qualité de l'accompagnement. L'appréciation de la qualité de fin de vie est éminemment subjective et les facteurs qui l'influencent peuvent être différents en fonction de la culture, des croyances, de l'histoire de vie de chacun.

En cas de dégradation de l'état de santé du résident, l'équipe soignante en parle durant les transmissions et le médecin traitant est contacté par les infirmières, cela permet de mettre en place une prise en charge spécifique, et d'adapter les prescriptions médicamenteuses et de confort, privilégiant les soins tels que : mise en place de matelas à air, massages, soins de bouche, nursing, changement de position, musicothérapie, aromathérapie, veilleuse, alimentation plaisir, prise en charge de la douleur physique ainsi que le soutien psychologique, L'établissement peut faire appel aux services de l'EMSP (équipe mobile de soins palliatifs) ou de l'HAD (hospitalisation à domicile) quand cela est nécessaire.

Le résident, sa personne de confiance et sa famille, sont informés de cette décision collégiale et de la nécessité de cet accompagnement.

La participation active de la famille et des proches est favorisée le plus possible dans le respect de la dignité du résident et de ses souhaits. Un membre de la famille peut accompagner, de jour comme de nuit, son parent dans les derniers instants, un lit d'appoint peut être mis à disposition, ainsi que le linge de lit. Le repas lui est offert.

Lorsqu'un résident décède, les équipes de soins suivent une procédure pré définie:

- Appeler le médecin traitant pour établir le certificat de décès,
- Appeler la famille, les pompes funèbres si besoin
- Effectuer une petite toilette du défunt, préparer les vêtements
- Coller une image de bougie sur la porte de la chambre du défunt pour annoncer le décès aux autres résidents et aux professionnels (par les infirmières)
- Informer oralement les résidents proches du défunt,
- Afficher une photo du résident avec la date et une bougie, dans le lieu de vie de leur service

Constat :

Le personnel accompagne les résidents, dans la mesure du possible, jusqu'à leur décès dans des conditions d'humanité, de dignité et de confort. Les équipes sont parfois confrontées à des difficultés liées à ces pratiques:

- Manque d'information sur les directives et les souhaits des résidents
- Lenteur de la mise en place de la prise en charge extérieur (HAD, EMSP)
- Manque de formation du personnel, manque de temps pour l'accompagnement,
- Manque d'écoute de la part du médecin traitant et mise en place tardive des médicaments,
- Manque de protocoles spécifiques,
- Manque d'accompagnement psychologique pour le résident, la famille
- Départ du corps avec les pompes funèbres rapidement après le décès, pas de possibilité de se recueillir pour les résidents et les professionnels.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Recueillir les souhaits et volontés des résidents sur les conditions de leur fin de vie et les directives anticipées
- ⇒ Proposer un temps avec la psychologue, le résident, la famille pour en parler
- ⇒ Mise en place de formations du personnel à l'accompagnement du résident en fin de vie, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur, à l'alimentation et à l'hydratation, ainsi qu'à l'utilisation des techniques non médicamenteuses.
- ⇒ Favoriser les autres approches thérapeutiques : musicothérapie, aromathérapie, hypnose....
- ⇒ Mise en place d'un temps de soutien avec la psychologue pour les professionnels après le décès d'un résident.
- ⇒ Élaborer des protocoles (douleur, anxiété, identification du résident...)
- ⇒ Rechercher des bénévoles (associations) pour l'accompagnement en fin de vie
- ⇒ Envoyer un message de condoléance à la famille et envoyer une composition florale au nom du personnel le jour des obsèques
- ⇒ Proposer la mise en bière sur place en chambre ou à la chapelle et faire sortir les résidents par la grande porte

3.2.3. LA PREVENTION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET LEUR GESTION

Chez la personne âgée, les symptômes psychologiques et comportementaux peuvent se définir comme des conduites et des attitudes inadaptées aux lieux et aux situations.

On distingue 2 grands types de troubles comportementaux :

- Troubles productifs (considérés comme gênants pour l'entourage) : Agitation, agressivité, irritabilité, désinhibition, comportement d'opposition, déambulation, cris, comportement moteurs aberrants, troubles psychotiques (hallucinations, délires), troubles du sommeil
- Troubles non productifs (souvent négligés car peu dérangeants) : Dépression, indifférence à soi-même et à l'environnement, apathie, repli sur soi

L'origine ou étiologie principale des troubles du comportement est liée à des :

- Pathologies démentielles et facteurs somatiques : dégénérescence fronto-temporale, démence à corps de Lewy - démence vasculaire, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, douleurs, comorbidités, fécalomes, iatrogénie, état confusionnel, troubles sensoriels, épuisement, cancers

- Facteurs environnementaux : Inconfort, stimulation insuffisante ou excessive, entourage inadapté ou non formé, modification des lieux, des personnes, comportement inadapté
 - Facteurs biographiques : épisodes de vie marquants, conflit familiaux, événements douloureux récents
 - Facteurs psychiatriques : Décompensation d'une maladie psychiatrique, Korsackoff, etc.
- Afin d'évaluer ces troubles du comportement, des outils sont utilisés pour les analyser, afin de savoir si ce sont des troubles psychologiques ou comportementaux, aigus ou chroniques, dérangeants ou non. Les professionnels de l'établissement utilisent 2 types d'évaluation :
- La grille NPI – ES Inventaire Neuropsychiatrique qui est un outil d'évaluation développé pour évaluer les troubles du comportement des personnes vivant en institution en s'appuyant sur 12 items spécifiques.
 - Le MMS ou Mini-Mental State Examination qui est un test pratiqué lorsqu'on suspecte une démence ou pour suivre l'évolution de la maladie. Il explore l'orientation temporo-spatiale, l'apprentissage, la mémoire, l'attention, le calcul, le langage et les praxies constructives.

Rappel de l'existant :

Actuellement, au sein de l'EHPAD, 40 résidents sur 85 présentent des troubles du comportement chronique, soit 47.6%. Ce chiffre est en augmentation et nous sommes de plus en plus confrontés à des résidents qui présentent des maladies neurodégénératives. 78% des demandes d'admission concernent des gens qui ont des problèmes de troubles du comportement.

Face à un refus de soin, le professionnel doit s'adapter au cas par cas, soit en différant le soin, ou en passant le relais à un ou une collègue (calcul bénéfice/risque). Ceci dans le respect de la personne. Par la communication, le professionnel voit si la personne est réceptive afin de comprendre le motif du refus. Si le résident ne se met pas en danger, il est conseillé de le laisser, de revenir plus tard, ou de lui proposer d'aller s'isoler dans sa chambre plutôt que le lieu de vie. Le résident a besoin de se sentir rassuré dans son «cocon».

Lors du repas, si une personne a sommeil, le soignant évalue le bénéfice/risque et la priorité entre lui faire prendre son repas ou le laisser dormir (et mettre un plateau de côté en attendant son réveil).

Les escaliers et la porte d'entrée ont été sécurisés par un digicode afin d'éviter les sorties inopinées de l'établissement. Les fenêtres dans les chambres et dans les lieux publics ont été dotés de limiteurs afin d'optimiser la sécurité des résidents.

Constat :

L'absence de médecin coordonnateur et des médecins traitants moins nombreux augmentent les difficultés rencontrées pour lutter contre les troubles du comportement dans l'établissement. Par ailleurs, face à un public de plus en plus demandeur, l'établissement ne dispose pas d'assez de personnel soignant pour prendre en soins ces personnes qui requièrent beaucoup de temps. Les professionnels en poste ne disposent pas toutes d'une formation qui leur permet d'avoir la meilleure approche envers les résidents désorientés.

Une partie des locaux de l'établissement pourrait être transformée et adaptée afin d'accueillir des personnes présentant des troubles du comportement, le projet UPAD a été rajouté au projet architectural en 2021. L'établissement ne dispose actuellement pas de suffisamment de professionnels pour mettre en œuvre ce projet. Une présentation du projet et une demande de financement ont été faites auprès de l'ARS et du département 35, sans succès pour le moment.

L'établissement continue à former le personnel pour accompagner des personnes atteintes de troubles du comportement et incite à augmenter la traçabilité du comportement des résidents dans les logiciels de soins. Par l'intermédiaire de la psychologue, les professionnels sont sensibilisés aux évaluations (test NPI-ES).

Depuis peu, l'établissement propose de l'art-thérapie et a mis à disposition des résidents et de leurs familles des chariots d'activités flash, dont l'objectif de ce dispositif est de calmer et de

rassurer les personnes âgées agitées en déviant leur attention par une stimulation récréative et plaisante.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Former les professionnels à la validation des émotions
- ⇒ Proposer plus souvent des activités diverses lorsqu'un professionnel se retrouve face à un refus d'un résident
- ⇒ Diffuser des huiles essentielles apaisantes
- ⇒ Mettre en place la zoothérapie en formant du personnel à la médiation animale ou avec l'association HANDI CHIENS
- ⇒ Proposer des bains de confort
- ⇒ Créer un UPAD
- ⇒ Etudier la possibilité de jardin thérapeutique, d'un jardin zen
- ⇒ Créer un espace Snoezelen

3.2.4. LA PREVENTION DE LA DOULEUR

Selon la définition officielle de l'association internationale pour l'étude de la douleur, "la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes".

Les résidents sont les acteurs actifs de leur prise en charge, eux-seuls sont capables d'indiquer aux soignants ce qu'ils ressentent. Leur participation est essentielle pour évaluer l'intensité de la douleur et l'efficacité des traitements, médicamenteux ou non. Aucun examen, aucune prise de sang, aucun scanner ne permet d'objectiver la douleur : la parole peut être un signal pouvant faire évoluer la prise en charge.

Ils doivent donc être informés et écoutés par les professionnels de santé.

Du côté des professionnels de santé, l'expression du vécu de la douleur est étroitement liée à la conception du fait douloureux : ceux-ci sont bien souvent les premiers confrontés à la plainte du patient et donc les premiers acteurs de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur. Cette dernière résulte d'une bonne coopération patient algique/soignant : l'adhésion et la participation au projet thérapeutique dépend de l'écoute.

La première étape lorsqu'il s'agit d'évaluer une douleur consiste à déterminer si elle est chronique ou aiguë. La douleur aiguë est une douleur vive, immédiate, et souvent brève. Elle est d'origine traumatique ou post-opératoire. Elle peut également être provoquée par certains soins. La douleur chronique quand elle est une douleur qui dure depuis plus de trois mois (douleur ostéo-articulaire, douleur liée à un cancer, ...).

La douleur peut avoir des origines variées, et parfois difficiles à identifier. L'identification du mécanisme de la douleur ressentie permet de déterminer le traitement le plus adapté.

Prévention et prise en charge de la douleur au sein de l'établissement :

Actuellement, lorsqu'un résident présente des signes de manifestation douloureuse, l'IDE ou le soignant (présent le jour ou la nuit) évalue la douleur par le biais d'une échelle adaptée à la personne communicante ou non (EVA, EN, Algoplus,...).

En fonction de l'évaluation, l'IDE vérifie s'il existe un traitement de fond prescrit par le médecin traitant ou un traitement antalgique prescrit en « si besoin ». Pour l'équipe de nuit il existe un classeur dédié aux traitements qu'elles ont le droit d'administrer mis à jour régulièrement par les IDE. En cas d'absence de prescription, l'équipe soignante alerte l'IDE si un résident présente une douleur non soulagée. L'IDE évalue cette douleur et contacte le médecin traitant en fonction du résultat.

En cas d'absence de prescription d'antalgique ou d'insuffisance d'efficacité de traitement, l'équipe soignante utilise plusieurs méthodes non médicamenteuses qui permettent de soulager ou prévenir la douleur physique :

- Application de pack chaud ou froid sur la zone douloureuse
- Proposition de balnéothérapie sur les temps d'accompagnement individuel
- En collaboration avec l'Ergothérapeute : utilisation de coussins de positionnement, adaptation des fauteuils roulants, des couverts, utilisation de matelas à air pour soulager les points d'appuis,...
- Surveillance quotidienne de l'état cutané des résidents fait par l'équipe soignante pendant les soins d'hygiène et de nursing (protocole cutané évalué par IDE, effleurage si besoin)
- Lorsque la douleur est chronique, l'intervention du kinésithérapeute joue un rôle indispensable pour le résident et permet d'éviter l'administration d'antalgique trop fort avec les effets indésirables qui majorent le risque de chute chez la personne âgée.

L'équipe soignante prête également attention à la douleur psychogène par une écoute active, des entretiens psychologiques, ou une attention particulière portée avec la proposition de tisane au moment du coucher par exemple.

De plus, les résidents peuvent bénéficier, s'il le souhaite, de l'intervention d'une réflexologue plantaire. Séance pratiquée sur rendez-vous, directement dans la chambre du résident ou dans un petit salon au sein de l'établissement.

Difficultés rencontrés :

- Manque de médecin coordonnateur,
- Manque de formation du personnel sur la prise en charge de la douleur et les échelles d'évaluations existantes
- Manque de temps soignant pour les accompagnements individuels
- Difficultés à obtenir des ordonnances (médecins peu disponibles),
- Manque de kiné intervenant à l'EHPAD

Axes d'amélioration :

- ⇒ Recruter un médecin coordonnateur
- ⇒ Former le personnel soignant sur les différentes échelles d'évaluation, la prévention de la douleur pendant les soins, pratique de l'hypnose, utilisation d'huiles essentielles avec l'aromathérapie.
- ⇒ Nommer un « référent douleur » pour sensibiliser l'équipe et interpeller sur les bonnes pratiques professionnelles.
- ⇒ Améliorer la traçabilité des actes effectués et évaluations faites dans Netsoins
- ⇒ Mise à jour plus régulière du classeur d'antalgique de nuit par IDE
- ⇒ Trouver des kinés partenaires

3.2.5. LE MAINTIEN DE LA MOBILITE ET LA PREVENTION DE LA REGRESSION LOCOMOTRICE

Le maintien de la mobilité des résidents en EHPAD est une priorité afin de leur permettre de garder leur autonomie au quotidien. Pour cela, il est indispensable de stimuler les capacités sensori-motrices des résidents et de prévenir la régression locomotrice.

La perte d'autonomie des personnes âgées apparaît très fréquemment liée à la désadaptation des schémas moteurs. L'ensemble des affections dont peuvent souffrir les personnes âgées (neurologiques, neuromusculaires, musculo-squelettiques, cardiorespiratoires, visuels, psychologiques...) précipite la dégradation de la marche et les troubles posturaux. En lien

direct avec le risque de chute, ce syndrome de désadaptation psychomotrice doit-être pris en charge afin d'éviter la restriction des activités des résidents.

Constat :

- Conception architecturale :
 - Présence de mains courantes dans les couloirs
 - Bon éclairage :
 - Veilleuses dans les chambres
 - Détecteurs automatique de présence dans les couloirs
 - Présence de barres d'appuis dans les sanitaires
 - Pas de barre devant le lavabo ce qui peut mettre en difficulté certains résidents
- Aides-techniques :
 - Mise en place d'aides techniques de marche : déambulateurs, cannes
 - Utilisation de matériel de transfert : guidon de transfert, verticalisateur
- Extérieur :
 - Absence de rampe dans la pente, ce qui est regrettable car elle rend l'accès difficile pour certains.
 - Grand parc paysager ce qui favorise le maintien de la mobilité
 - Parcours de marche extérieur qui est peu utilisé
- Activités de stimulation motrice :
 - Animation gym douce
 - Ateliers équilibre par ergothérapeute/animateur
 - Présence de matériel adapté pour favoriser l'entretien de la mobilité des résidents : parcours de marche intérieur (DM3), vélo adapté (Bikelabyrinth), matériel de motricité (balles, ballons, cerceaux...)...
- Intervention ergothérapeute et kinésithérapeute :
 - L'objectif de l'ergothérapeute est de maintenir l'autonomie. Elle évalue la motricité fine et globale, les fonctions cognitives et exécutives dans les activités de la vie quotidienne. Elle vient en appui aux équipes soignantes et préconise entre autre les aides techniques à la mobilité aux transferts.
 - L'intervention de kinésithérapeutes permet un accompagnement moteur au plus près des besoins de chaque résident, actuellement seulement un kinésithérapeute intervient au sein de l'établissement de façon hebdomadaire et un kiné de façon ponctuel ce qui ne permet pas une prise en charge de tous les résidents.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Dépister précocement les personnes âgées présentant une désadaptation des schémas moteurs par l'évaluation des signes cliniques.
- ⇒ Transmettre les techniques d'activation motrice aux équipes de soin et les aménagements de l'environnement indiqués
- ⇒ Former les soignants aux techniques d'activation motrice
- ⇒ Augmenter le nombre de prises en charge par les kinésithérapeutes libéraux
- ⇒ Favoriser les accompagnements à la marche par les soignants
- ⇒ Installer la rampe à côté de la pente

3.2.6. LA PREVENTION DU RISQUE DE CHUTES ET GESTION DES CHUTES.

Les chutes et les traumatismes liés aux chutes sont très fréquents chez la population âgée. Elles représentent une menace pour l'indépendance restante des résidents et leur qualité de vie. La chute est une des causes les plus fréquentes d'entrée en EHPAD et reste une problématique majeure lors de l'hébergement. Les facteurs de risques de chute de la personne âgée sont nombreux : troubles de l'équilibre et de la marche, la faiblesse musculaire des membres inférieurs, les troubles de la vue, les troubles cognitifs, la dépression, la dénutrition, l'arthrose, la prise d'antipsychotiques... Afin de limiter ce risque de chute, il est indispensable d'agir !

Constat :

- Nous proposons aux résidents des aides-techniques adaptées afin de leur garantir des déplacements en toute sécurité
- Des évaluations de l'autonomie et du risque de chute sont réalisées par l'ergothérapeute
- Des ateliers équilibres sont réalisés deux fois par semaine ainsi que des accompagnements à la marche individuelle.
- La rénovation en cours de l'établissement nous permettra d'avoir des locaux adaptés et sécurisés ; Les escaliers sont sécurisés
- Le marquage pour les personnes déficientes visuelles au niveau de la porte d'entrée est très marqué ce qui peut entraîner un obstacle pour les résidents et favoriser les chutes.
- Chambres adaptées mais la jonction entre le sol de la chambre et la salle de bain est marqué par une barre de seuil ce qui peut entraîner une perturbation de la marche
- Un usage raisonné de la contention physique avec une interrogation pluridisciplinaire est mise en œuvre ainsi que la mise en place d'alternative à la contention.
- Mise en place de deux tapis « Santinell » qui détectent les chutes

Axes d'amélioration :

- ⇒ Développer la formation des soignants (conduite à tenir en cas de chute, mobilisations et accompagnements à la marche, environnement sécurisé, habillage et chaussage adapté...)
- ⇒ Formaliser le repérage du risque de chute et la prise en charge individualisée des sujets à haut risque
- ⇒ Développer l'analyse des chutes et mettre en place des actions préventives
- ⇒ Apporter une vigilance particulière à la dénutrition, au déficit en vitamine D
- ⇒ Diminuer l'usage des psychotropes avec les médecins traitants
- ⇒ Accroître le matériel d'alerte tel que les détecteurs de présence au lit ou au fauteuil (type « Santinell »)

3.2.7. LIMITER L'USAGE DES CONTENTIONS

Afin de promouvoir la liberté d'aller et venir des résidents, il est essentiel d'apporter une attention particulière à l'usage de la contention dans l'établissement.

La contention est souvent prescrite pour prévenir les risques de chutes, pour maîtriser une agitation ou pour restreindre une déambulation.

Il existe des contentions mécaniques et physiques. Un éventail d'équipements et de dispositifs permet de recourir à la contention mécanique. L'objectif de la prescription est dans ce cas de maintenir la personne âgée sur un fauteuil ou dans un lit, en ayant recours à l'usage de barrières de lit, de ceintures, de harnais, de gilets, de sangles thoraciques, etc.

Il existe aussi la contention dite médicamenteuse ou pharmacologique. C'est l'un des types de contention les plus pratiqués. Elle consiste à administrer des psychotropes à une personne âgée dans l'objectif de réduire sa mobilité.

Toute mise en place de contention doit faire l'objet d'une prescription médicale, plusieurs conditions doivent tout d'abord être réunies, et l'épuisement de toutes les autres alternatives doit être constaté, en amont de la validation de la décision. Un suivi quotidien est ensuite réalisé afin d'évaluer la pertinence du maintien de la contention. Pour favoriser le bien-être psychique et physique des résidents, mais également maintenir leur autonomie, l'usage de la contention est très limité au sein de l'EHPAD Hyacinthe Hévin.

Constat :

- Réflexion en équipe pluridisciplinaire afin d'évaluer le bénéfice/risque lié à la mise en place d'une contention.
- Utilisation d'alternatives à la contention physique (lit bas, tapis de sol...)
- Portes donnant sur l'extérieur et escaliers sécurisés qui favorisent la déambulation des résidents à l'intérieur de l'établissement

Axes d'amélioration :

- ⇒ Formaliser le protocole sur la mise en place des contentions
- ⇒ Développer les alternatives à la contention (détecteurs de présence, détecteurs de chute, etc.)
- ⇒ Diminuer l'usage des psychotropes avec les médecins traitants
- ⇒ Ouvrir une unité dédiée à l'accompagnement des personnes âgées désorientées

3.2.8. LA PREVENTION ET GESTION DES TROUBLES NUTRITIONNELS ET DE LA DEGLUTITION.

La nutrition est un facteur essentiel au maintien de l'état fonctionnel et de santé des résidents. L'établissement se doit d'apporter au résident une alimentation équilibrée et une bonne hydratation, en respectant « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » de la Direction Générale de la Santé, de la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie 2007

Le vieillissement entraîne de nombreux changements dans le corps. La masse musculaire diminue, et la graisse corporelle augmente. L'activité physique diminue, et le métabolisme ralentit, de même que la vidange de l'estomac et la digestion des aliments.

De plus, les personnes âgées en EHPAD peuvent présenter divers facteurs de risque, de dénutrition comme par exemple :

- des facteurs physiques : troubles neuropsychiatriques (démence, dépression et maladie de Parkinson), maladies chroniques (diabète, cancer et maladies du cœur et des poumons), troubles des sens (diminution de la vision, de l'odorat ou du goût), changements de la constitution du corps et du fonctionnement dus à l'âge (atteinte de la dentition, conséquences des interventions chirurgicales et mobilité réduite, ce qui entraîne une perte d'autonomie).
- des facteurs métaboliques : changements du métabolisme dues aux effets secondaires des médicaments, consommation excessive d'alcool, influence des maladies sur l'absorption des aliments.
- des facteurs alimentaires : régime alimentaire inutile ou inutilement strict, etc.

Afin de lutter contre les troubles nutritionnels, l'EHPAD a mis en place différentes mesures. Une pesée des résidents est effectuée, à minima toutes les 4 semaines, suivant les prescriptions médicales, par les aides-soignants et agents de soins, sous délégation de l'infirmière, puis retransmise dans le logiciel de soins. Une surveillance alimentaire sur 3 jours est mise en place, si il y'a un risque de dénutrition constaté.

Les soignants aident et/ou stimulent les résidents ayant besoin d'aide lors de la prise des repas. Les menus sont établis par une diététicienne et assurent une alimentation équilibrée, variée et adaptée qui répond aux besoins de chacun.

Les régimes et les goûts des résidents sont pris en considération. Des textures adaptées sont proposées sous forme hachée ou mixée.

Les goûters sont variés et fait maison pour stimuler l'appétit. Une collation nocturne est délivrée aux personnes qui en ont besoin et ceux qui en font la demande car le jeun nocturne est assez long.

Concernant l'hydratation, les équipes sont attentives au suivi hydrique des résidents : eau plate, gazeuse et eau gélifiée pouvant être proposées en cas de troubles de la déglutition. En période estivale, l'ensemble du personnel est sensibilisé : une organisation est posée pour prévenir le risque de déshydratation des résidents.

Le rôle de l'ergothérapeute se porte sur les modalités et l'organisation de l'aide aux repas (rebords d'assiettes, tapis antidérapant, couverts adaptés, adaptables fonctionnels).

Les régimes restrictifs (sans sel, amaigrissant, diabétique, hypocholestérolémiant, sans résidu) exposent la personne âgée à un risque de dénutrition car ils induisent une monotonie alimentaire, une anorexie et finalement une diminution des apports. Or, chez la personne très âgée, les risques de comorbidité associés à la dénutrition sont plus élevés et graves que ceux associés à un diabète ou une hypercholestérolémie, par exemple. Les régimes restrictifs doivent donc être proscrits chez la personne âgée, sauf exception médicalement justifiée.

Constat :

- La fréquence des pesées n'est pas toujours respectée pour tous les résidents et le contrôle du suivi n'est pas toujours réalisé par manque de temps IDEC.
- Manque de formation du personnel pour prévenir les troubles de la déglutition et sur les besoins nutritionnels de la personne âgée.
- Manque de Kiné intervenant pour maintenir l'autonomie et l'activité physique des résidents.
- Recours au repas mixé trop fréquent sans évaluation ni retour en arrière.
- Présentation des repas mixés pas très appétissants.
- Plusieurs résidents bénéficient actuellement d'un régime spécifique strict au sein de l'établissement. La difficulté réside en le faite de faire changer les habitudes à la fois des médecins et des résidents afin d'arrêter les régimes restrictifs autant que possible.
- Pas d'enrichissement des plats donc recours aux CNO systématiquement, ce qui entraine une perte d'appétit car peu gourmand en goût, trop lourd à digérer et peu varié.
- « Bouillie » non enrichit proposée le soir y compris à des personnes qui n'ont pas d'intérêt à manger de la « bouillie ».
- Pas de mangé main proposé pour les résidents.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Présentation des repas mixés à améliorer
- ⇒ Supprimer les régimes diabétiques et sans sel strict
- ⇒ Proposer du manger main
- ⇒ Enrichissement maison du potage et autres denrées
- ⇒ Supprimer les CNO
- ⇒ Formation du personnel (collaboration Orthophoniste sur les troubles de la déglutition)
- ⇒ Collaboration Kiné intervenant
- ⇒ Collaboration Diététicienne à améliorer

3.2.9. LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE

La santé dentaire de la personne âgée dépendante est un véritable enjeu de santé publique en lien direct avec la dénutrition, l'estime de soi et les pathologies chroniques.

Plus le patient est dépendant, plus le besoin en soins est difficile à prendre en charge. Ce qui implique qu'on doit renforcer l'hygiène au quotidien.

Maintenir l'état bucco-dentaire permet de garder un coefficient masticatoire suffisant pour conserver un mode d'alimentation normale.

Plus d'un résident sur 2 a des besoins de soins dentaires, sans pour autant qu'il y ait une plainte exprimée, d'où une nécessité de vigilance plus grande des personnels soignants. Il est nécessaire de mettre en place un suivi de l'hygiène avec des protocoles individuels tenant compte du besoin du résident et une surveillance adaptée à chaque personne.

La prévention quotidienne par les soins de bouche permet de stabiliser l'état de santé et surtout une qualité de vie, sans douleur ni foyers infectieux ou inflammatoires. C'est la première étape indispensable à tout projet.

Constat :

Le nettoyage des prothèses dentaires est fait par les soignants matin et soir et les soins bucco-dentaires sont programmés dans les plans de soins matin et soir avec la précision en commentaire (appareil haut, bas, soins de bouche avec Pagavit) Les soins de bouche sont réalisés sur protocole (bâtonnet Pagavit, bicarbonate de sodium). Certains soignants ont bénéficié d'une formation par le dentiste d'Etrelles il y'a cinq ans. En cas de constat de problèmes d'hygiène, de douleur ou de signe infectieux ou inflammatoire : le personnel soignant prévient l'IDE pour une prise de RDV dentiste.

Des soins de bouche sont réalisés pour les résidents en fin de vie avec du bicarbonate de sodium, de l'eau pétillante, du coca-cola, du lansoyl, etc.

Difficultés rencontrées :

- Dentier pas à la bonne taille : perte de poids -> La taille des gencives diminuent
- Problème de coût selon la prise en charge mutuelle des résidents
- Problème avec petits appareils : souvent oublié (par rapport au dentier complet)
- Résident dément qui refuse d'ouvrir la bouche
- Soins de bouche parfois difficile pour les résidents dépendant (avale le dentifrice, mange le bâtonnet, risque de fausse route,...)
- Manque de brosse à dent, dentifrice, brosses inter dentaires (fournis par la famille)
- Dentier non marqué, perdu (retrouvé dans les poches ou dans le linge)
- Transport non pris en charge pour aller chez le dentiste
- Accompagnement famille ou entourage non présent pour le résident lors des rdv

- Hyper salivation des résidents (effets indésirables des médicaments)
- Risque de mycose avec aérosolthérapie
- Nettoyage manuel des appareils pas toujours efficient

Axes d'amélioration :

- ⇒ Formation du personnel
- ⇒ Création d'un partenariat avec un centre bucco-dentaire
- ⇒ Soins de bouche à programmer pour les résidents en fonction des besoins
- ⇒ Identifier et former des référents hygiène bucco-dentaire
- ⇒ Affichage de fiches conseil pour sensibiliser le personnel, la famille et l'entourage
- ⇒ Procéder au marquage des appareils dentaires
- ⇒ Achat d'une boîte de nettoyage à ultra-sons

3.2.10. LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE ET DE L'HYGIENE DE L'ELIMINATION

L'incontinence est l'exemple par excellence d'une pathologie dont la prise en charge, complexe, se doit d'être interdisciplinaire. Sa prévalence est très élevée en EHPAD, dépassant les 80%. Cette prévalence de l'incontinence suppose que l'ensemble des professionnels soit formé à sa prise en charge, tant thérapeutique et palliative que psychologique et surtout évitent de précipiter l'apparition de ce symptôme. De nombreux facteurs peuvent contribuer à l'accélération de l'incontinence en EHPAD ; l'alitement, les barrières de sécurité au lit, la facilité des protections, le personnel pas toujours disponible au bon moment, les médicaments etc. Le retentissement social est souvent très important pour ces résidents.

Dès l'entrée en institution, l'aide-soignant fait un recueil de données avec les habitudes d'élimination de la personne, la nécessité d'aide ou non pour aller aux toilettes, le besoin ou non de protection. Si la personne déclare ne pas avoir besoin d'aide ou ne pas avoir besoin de protection, les soignants font une simple surveillance.

En cas d'incontinence, les AS choisissent une protection adaptée aux quantités d'urines émises, aux capacités physiques et cognitives de la personne. Ce choix est testé pendant quelques jours.

Une feuille d'évaluation est mise en place et complétée par l'équipe de jour comme de nuit.

Le choix est validé par l'équipe soignante puis est mis à jour dans le plan de soins du résident (Via Netsoins).

Un AS «réfèrent incontinence» a été nommé par service, sous la responsabilité de l'IDEC, son rôle est de : former et informer les équipes et les nouveaux collègues, informer les résidents et leurs familles, actualiser les protocoles/planifications de soins et s'assurer de leur respect, mettre à disposition et actualiser les outils et supports, gérer les stocks et coordonner l'approvisionnement et la distribution.

Devant une incontinence soudaine, les IDE informent le médecin traitant et afin d'éliminer une cause médicale (infection urinaire, autres pathologies) et, en même temps, il faut adapter la prise en charge.

L'EHPAD a choisi un partenaire dans la gestion de l'incontinence ayant comme points forts :

- d'assurer les formations du personnel et les accompagnements sur le terrain,
- la fiabilité des produits,
- la charte écologique,
- un large choix de produits,

- des dispositifs médicaux en nombre suffisant : gants jetables, alèze, Wash Cream, crème pour préserver l'état cutané lié à l'incontinence,

Constat :

La gamme de produits étant élargie, nous constatons un manque de place sur les chariots de nursings. Les plans de soins de certains résidents sont incomplets et il manque les « accompagnements aux WC ». Des difficultés sont rencontrées avec les résidents présentant des troubles du comportement (retirent les protections,...). Suite à la mise à jour des outils du fournisseur de produit d'incontinence, la nouvelle feuille d'évaluation est plus difficile à remplir que l'ancienne version (incomplète et manque de clarté à la lecture).

Axes d'amélioration :

- ⇒ Calendrier mictionnel à programmer et à tracer dans les plans de soins
- ⇒ Revoir l'ergonomie des chariots de nursings, et/ou acheter des petits chariots
- ⇒ Harmonisation des pratiques suite aux formations

3.2.11. LE SOMMEIL DE LA PERSONNE AGÉE

Chez la personne âgée, le coucher se fait plus tôt, c'est ce qu'on appelle l'avance de phase. La personne âgée se réveille alors plus précocement ce qui est souvent confondu avec une insomnie par réveil précoce.

Le besoin de sommeil se répartit différemment sur 24 heures. Il existe une augmentation de la fréquence des siestes.

La Société Française de Gériatrie et Gérontologie précise que les principales pathologies du sommeil pouvant toucher préférentiellement les personnes âgées sont : l'apnée du sommeil, le syndrome des jambes sans repos, les troubles du comportement liés au sommeil paradoxal ou encore les insomnies.

Rappel de l'existant :

Très souvent, les somnifères et les anxiolytiques sont prescrits aux personnes âgées pour lutter contre les insomnies. Ce sont le plus souvent des benzodiazépines ou médicaments apparentés. Les benzodiazépines et médicaments apparentés sont habituellement prescrits pour leur effet hypnotique, comme somnifères, ainsi que pour leur effet anxiolytique. Le but est de soulager les symptômes d'anxiété et les troubles du sommeil, et d'en diminuer les conséquences physiques, psychiques et relationnelles.

Actuellement, la distribution des somnifères est réalisée par l'équipe de jour (le soir) ou de nuit (au cas par cas). L'équipe de nuit peut proposer une tisane aux résidents qui le souhaite (à la demande). Les résidents ont la possibilité de faire une sieste le matin et/ou l'après-midi.

L'équipe soignante prête une attention particulière au respect du sommeil du résident : adapte l'organisation des soins en fonction des besoins et du rythme de sommeil des résidents, la liste des répartitions de toilettes est réalisée par priorité, le repas du soir est servi à 18H30 (à la demande des résidents pour se coucher plus tôt), respect du sommeil pour les changes de nuit (au cas par cas : pour les résidents « perturbateur », refus de soins,...). Les changes de nuit sont faits pour les résidents qui ne sont pas perturbés par le soin dans la nuit. L'équipe adapte l'horaire de change en fonction des besoins de change.

De plus, un accompagnement aux WC est proposé avant la sieste ou le coucher pour favoriser le sommeil.

En cas d'agitation (cris) d'un résident pendant la nuit, afin de respecter au mieux le sommeil des autres résidents, l'équipe propose de mettre une musique douce dans la chambre du résident. En début de nuit, l'équipe est souvent confronté aux « angoisses nocturnes » des résidents, un temps relationnel est alors proposé. En cas d'insomnie, une collation peut être proposée aux résidents (active la digestion et favorise l'endormissement).

Si le résident souhaite se coucher plus tard, l'équipe de nuit prend le relais et peut l'accompagner.

L'équipe de nuit est actuellement composé de 2 soignants pour prendre en charge 102 résidents.

Constat :

Plusieurs difficultés concernent l'administration des médicaments. Par exemple, les traitements homéopathiques préconisés pour favoriser le sommeil (comme la Passiflore) ne peuvent être administré sans ordonnance et les médecins traitants ne renouvellent pas toujours ce genre de traitement. De même pour les « Placebo » qui doivent être sous ordonnance. Aussi, les traitements antalgiques « si besoin » ne sont pas toujours prescrit ou anticipés.

Il est important de déterminer les raisons médicales de l'anxiété et des troubles du sommeil. Par exemple, une dépression peut être en être la cause (la dépression chez les personnes âgées est sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée). Il convient d'en parler avec le médecin traitant, car la dépression nécessite un traitement spécifique différent des anxiolytiques et des somnifères. Il est aussi important de diminuer les hypnotiques car ceci ont des effets secondaires si pris à long terme.

Les résidents dits « perturbateur » (cri, chante, déambulation, TV avec le son très fort,...) ne sont pas toujours facile à canaliser. Certains résidents ont un rythme jour/nuit inversé où il est difficile de rééquilibrer. Le bruit des sonnettes aussi peut perturber le sommeil. La taille de l'établissement ne facilite pas la surveillance de l'équipe de nuit. Notamment sur les risques de chutes et le manque de sécurisation du bâtiment (pas d'UPAD). Le manque de pyjama adapté (facile à enlever et à remettre, type chemise ouverte) peut perturber le sommeil du résident lors d'un besoin de change.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Proposer plus de médiation thérapeutique pour apaiser les soirs : musique douce, collation
- ⇒ Diminuer la prise d'hypnotiques via le médecin traitant
- ⇒ Réévaluer les changes faits pour la nuit
- ⇒ Identifier les résidents qui écoutent la TV fort : proposer achat d'un casque
- ⇒ Protocole « si besoin » à faire pour tous les résidents avec médecin traitant
- ⇒ Création UPAD pour diminuer les intrusions nocturnes
- ⇒ Recruter une troisième soignante de nuit

3.2.12. ENTRETIEN ET GESTION DES APPAREILLAGES

Bon nombre de résidents sont porteurs de prothèses dentaires mal adaptées (déformation de l'appareil buccal avec perte de maintien) et inconfortables, d'appareils auditifs, de lunettes et de matériels tels que fauteuils roulants, déambulateurs, cannes...

Les appareils dentaires sont lavés chaque soir dans l'établissement, le matin les résidents remettent leurs appareils propres et secs.

Avant leur entrée dans l'établissement, l'entretien bucco-dentaire est souvent partiel ou inexistant.

Une visite annuelle serait nécessaire. Il n'y a qu'un seul cabinet dentaire dans la commune et l'EHPAD fait face à des difficultés relatives aux déplacements des résidents au cabinet

dentaire et à la disponibilité des dentistes. Par ailleurs, aucun dentiste ne se déplace au sein de l'établissement.

Concernant les appareils auditifs, les piles sont enlevées chaque soir. Pour certains résidents présentant des troubles de démence, ils sont conservés dans un boîtier nominatif et gardés dans les offices des soignants. Les piles sont changées toutes les 3 semaines ; la programmation est notée dans un agenda.

Les lunettes sont nettoyées le matin, au moment de la toilette.

Depuis le 1er janvier 2021, 100% Santé propose à tous les Français, bénéficiant d'une complémentaire santé dite « responsable », des soins et des équipements en audiologie, optique et dentaire, qui sont pris en charge à 100%.

L'objectif est améliorer l'accès à des soins de qualité et renforcer la prévention. Une collaboration avec des partenaires de santé, comme le centre bucco-dentaire de Janzé, ou des professionnels ambulants serait à envisager afin de mettre en place un suivi plus régulier de ces appareillages, et non quand le résident ressent une gêne, ou quand la famille en fait la demande, ou encore, quand le médecin le prescrit.

Concernant le matériel, celui-ci est inventorié dans le logiciel de soin. Malgré cela, certains appareils sont perdus ou retrouvés, entre autre en lingerie avec les vêtements sales. Il est parfois difficile de savoir à qui appartient les appareils. Dans l'idéal, il faudrait que les appareils soient identifiés.

Pour tout ce qui concerne le matériel d'aide à la marche et les fauteuils roulants, ils sont nettoyés de façon sommaire. On constate un manque de régularité dans le nettoyage de ces appareils au sein de l'établissement. Ces équipements sont en cours d'identification par l'ergothérapeute : une étiquette nominative est apposée à l'appareil.

Si le résident possède un fauteuil roulant électrique, la charge de la batterie dure toute une nuit et se fait dans la salle de bain.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Créer un partenariat avec des professionnels de santé (centre bucco-dentaire, opticien...)
- ⇒ Insérer la programmation du nettoyage des appareils dans le logiciel de soins.
- ⇒ Insérer une photo des appareils dans l'inventaire
- ⇒ Programmer le changement des piles pour les appareils auditifs dans le plan de soins
- ⇒ Programmer le nettoyage à fond des fauteuils roulants
- ⇒ Former le personnel au nettoyage des appareils dentaires et auditifs
- ⇒ Procéder au marquage des appareils divers (avant l'entrée pour les nouveaux résidents)
- ⇒ Acheter une boîte de nettoyage à ultrasons pour les appareils dentaires

3.2.13. PRISE EN SOIN SPECIFIQUE AU PASA POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE DEMENCES NEURODEGENERATIVES

Actuellement, au sein de l'EHPAD, 40 résidents sur 84 sont atteints de « troubles chroniques du comportement, soit 47,06% (déambulation, agitation, agressivité, cris, refus de soins, ...).

Le PASA, (Pôle d'activité et de soins adaptés) ouvert en 2011, accueille chaque jour un groupe de résidents d'EHPAD concernés par la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et présentant des troubles modérés du comportement afin de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques adaptées.

Ainsi il propose durant la journée des activités collectives ou individuelles qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes et des fonctions cognitives, à la mobilisation des fonctions sensorielles, au maintien du lien social des personnes accueillies ainsi qu'à prévenir les troubles de la marche et de l'équilibre. Un programme d'activités est ainsi élaboré par une équipe pluridisciplinaire (assistante de soins en gérontologie, psychologue, ergothérapeute). Chaque groupe est constitué de façon homogène afin de répondre au mieux aux troubles des résidents ainsi qu'à leurs préoccupations.

Les principaux concepts d'accompagnement sont :

- Etre comme à la maison et laisser faire seul (même si cela ne convient pas) au lieu de faire à la place de,
- La relation à l'autre est prioritaire,
- Une adaptation systématique du soignant aux besoins, réactions et rythme du résident,
- Une prise en soin selon les forces, ressources et capacités restantes,
- La notion de plaisir est avant tout recherchée,
- Les activités quotidiennes sont favorisées et partagées,
- Droit au risque,
- Les ASG sont en tenue civile.

Cet espace, agencé selon le concept de CARPE DIEM, est aussi nommé l'Instant Présent. Les résidents sont accueillis dans un espace agréable, spacieux, dans un climat chaleureux, lumineux et doté d'un petit jardin thérapeutique.

Le projet PASA répond à des besoins identifiés au sein de l'EHPAD. Il a pour objectif d'offrir un accompagnement spécifique et personnalisé en fonction des besoins des résidents. Il s'articule autour d'objectifs ciblés :

- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés,
- Accompagner de manière privilégiée, personnalisée, adaptée, dans des lieux sécurisants et sécurisés permettant la liberté de mouvements,
- Maintenir l'autonomie des résidents le plus longtemps possible, ralentir la progression des troubles cognitifs et comportementaux,
- Renforcer le lien social,
- Stimuler les fonctions sensorimotrices,
- Préserver l'identité et maintenir les repères,
- Conserver une dignité et une estime de soi pour les résidents face à la diminution de leurs facultés cognitives et psychiques.

Les critères d'admission sont :

- Diagnostic de maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté établi
- Consentement du résident dans les limites de ses capacités cognitives et/ou de sa famille,
- Existence de troubles psychos comportementales modérées (NPI-ES),
- Personnes capables de se mobiliser seules y compris en fauteuil roulant,
- Admission validée sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord du résident et/ou de son représentant légal et de la psychologue.
- Période d'essai systématique formalisée,
- Signature par le résident et/ou son référent d'un recueil de consentement formalisant l'adhésion et surtout la bonne compréhension du projet de prise en charge à la journée et ses concepts généraux d'accompagnement.

La question du maintien de l'accompagnement au PASA se posera si les réévaluations régulières font apparaître que la personne concernée :

- Présente une évolution des troubles incompatible avec les activités proposées,
- Présente une perte d'autonomie importante,
- Présente une incompatibilité relationnelle avec les autres résidents accueillis au PASA ,
- N'obtient plus aucun bénéfice du temps passé au PASA,
- Ne souhaite plus participer au PASA.

Les critères de non admission sont :

- Refus catégorique du résident et de sa famille,
- Inaccessibilité du résident à une évaluation gériatrique,
- Troubles du comportement sévères correspondant aux critères d'admissibilité en UHR ou UPAD,
- Pathologie psychiatrique sévère intriquée et/ou syndrome confusionnel surajouté,
- Soins médicaux techniques nécessitant l'intervention pluriquotidienne des soignants de l'EHPAD.

De nombreuses activités sont pratiquées au PASA telles que la cuisine, la pâtisserie, les activités de reminiscence (travail sur la mémoire), le chant, la gym douce, les jeux de société, les jeux d'adresse, le loto, le jardinage, les actes de la vie quotidienne (faire la vaisselle et l'essuyer, balayer le sol, nettoyer la table), atelier créatif, mandalas, les sorties à l'extérieur, la venue du chien d'une salariée une fois par semaine.

Constat :

A ce jour, la file active se compose de 15 résidents de l'EHPAD, à raison d'une capacité d'accueil journalière maximum de 10 personnes, 4 jours par semaine, soit le lundi, mardi, jeudi et vendredi de 10H30 à 16H00. Chaque résident a la possibilité de venir 1 à plusieurs fois par semaine, en fonction de l'évaluation des besoins faites en amont par la psychologue et les ASG et en concertation avec le résident et/ou son référent familial.

Le mobilier de ce service a, depuis son ouverture, été adapté et ce, pour le plus grand confort des résidents.

Un « atelier équilibre » a également pu voir le jour en collaboration avec l'ergothérapeute (le mardi tous les 15 jours).

Des temps de transmissions ont lieu chaque mercredi afin de maintenir le lien avec les professionnels de l'EHPAD. Une réunion d'équipe animée par la psychologue est également organisée mensuellement. L'intérêt est de faire un point régulier sur chaque bénéficiaire, réévaluer les besoins, réajuster si nécessaires les groupes selon l'évolution des troubles, et re-questionner les activités proposées. L'accompagnement au PASA fait partie intégrante du projet personnalisé du résident.

Toutefois une difficulté persiste, liée à l'accessibilité au PASA et le fait que les transferts pour 50% des résidents ne peuvent se faire qu'en fauteuil roulant, le périmètre de marche nécessaire s'avérant trop long, ce qui est chronophage et impacte sur le temps d'activité. C'est sans compter sur les contraintes météorologiques qui ne sont pas toujours facilitatrices (locaux indépendants de l'EHPAD nécessitant un passage via l'extérieur incontournable).

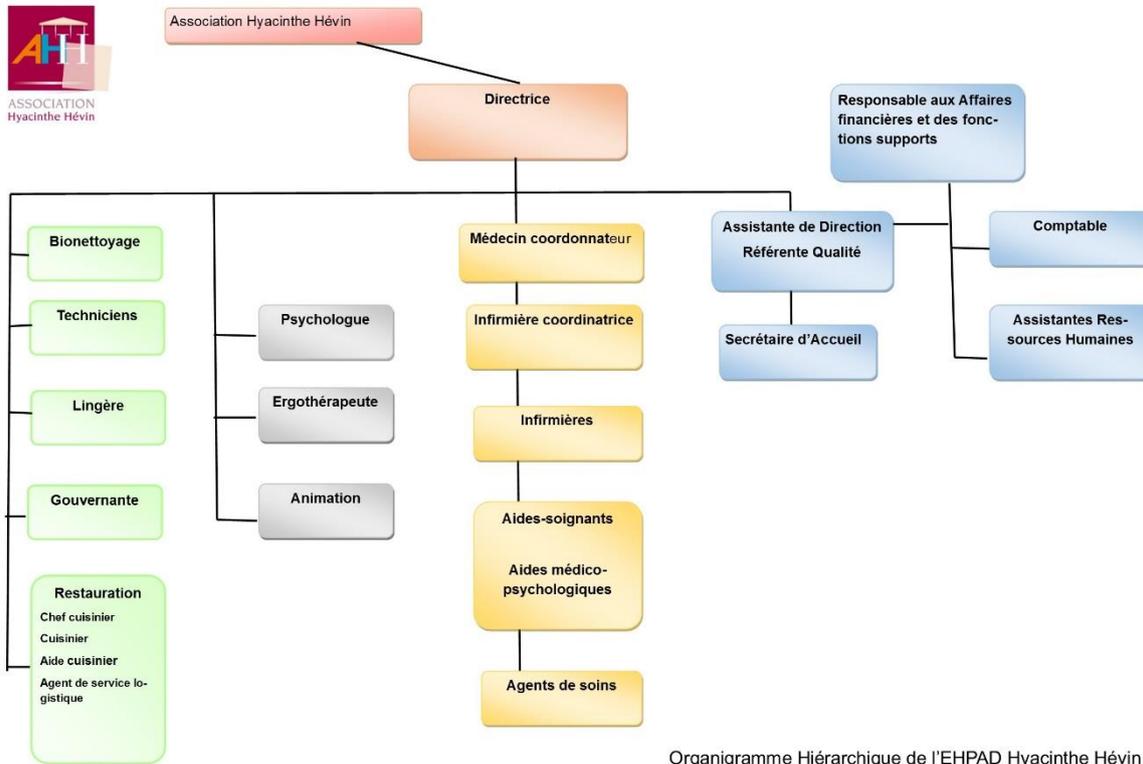
Axes d'amélioration :

- ⇒ Augmenter la traçabilité Netsoins liée aux troubles du comportement
- ⇒ Mise en place de modalités d'évaluation spécifiques autres que les outils déjà à disposition (MMSE, NPI ES),
- ⇒ Reprise des sorties et échanges vers l'extérieur
- ⇒ Créer un UPAD pour accueillir les résidents dont les troubles s'aggravent et assurer, ainsi la continuité de leur accompagnement

4. PROJET SOCIAL

4.1. LES RESSOURCES HUMAINES

4.1.1. ORGANIGRAMME HIERARCHIQUE



4.1.2. PRESENTATION DES FILIERES PROFESSIONNELLES DE L'EHPAD

Plus de 60 personnes travaillent à l'EHPAD Hyacinthe Hévin afin d'assurer le meilleur accompagnement aux personnes hébergées.

Parmi elles, une équipe de direction, des infirmières, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques et assistants de soins en gérontologie, des aides de vie social, des agents de service hospitalier, une ergothérapeute, une psychologue, des personnes en charge des services administratifs, des personnes en charge de l'animation, auxquels s'ajoutent une équipe de restauration et de lingerie.

Les missions de chaque métier sont précisées ci-dessous :

SERVICES	EFFECTIF PERMANENT	ETP	MISSIONS
FILIERE ADMINISTRATIVE			
Direction	1 Directrice 1 Directrice administrative et financière	1 0.30	Les missions de la direction s'inscrivent dans les valeurs du service public et dans les politiques sociales.

	1 Assistante de direction (mutualisé avec « Les Plesses ») 1 Référente qualité (mutualisé avec « Les Plesses »)	0.40 0.10	La direction est responsable du fonctionnement et de la continuité de service.
Administratif	1 Comptable 2 Assistantes Ressources Humaines 1 Secrétaire d'accueil	0.80 1.5 1	<u>Comptable</u> : Elle effectue les enregistrements et les paiements des différentes charges. Elle s'occupe aussi de la facturation des résidents et du suivi des comptes. <u>RH</u> : Elles assurent la gestion administrative du personnel de l'établissement et l'élaboration des paies. <u>Secrétaire d'accueil</u> : Sous la responsabilité de la direction, elle exécute des tâches d'accueil téléphonique et physique, de saisie de document, de classement et de reprographie, en appui et sous le contrôle de l'assistante de direction.
FILIERE HOTELIERE ET LOGISTIQUE			
Blanchisserie	2 Lingères	2	Elles réalisent le traitement du linge de l'établissement selon les standards de qualité requis, et l'acheminement dans les circuits de distribution.
Technique	2 Techniciens	2	Ils réalisent des travaux de maintenance générale des bâtiments et aménagent, entretiennent et améliorent les espaces extérieurs.
Administratif	1 Gouvernante	0.40	Elle veille au confort de tous, supervise l'équipe d'ASH, contrôle l'hygiène des locaux, et veille à améliorer la prestation hôtelière au sein de l'établissement.
Restauration	1 Chef de cuisine 1 Second de cuisine 2 cuisiniers 1 Tournant de cuisine 5 Agents de service Logistique	1 1 2 1 4.14	Ils réalisent l'élaboration des menus en lien avec la diététicienne, ils confectionnent les préparations alimentaires et les distribuent en respectant la réglementation en hygiène alimentaire, les modes opératoires et les lieux de stockage.
FILIERE SOINS			
Administratif	1 IDEC	1	Sous la hiérarchie de la direction d'établissement et en collaboration avec le médecin coordonnateur, l'IDEC est le garant de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins de la résidence et veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques.

Equipe soignante	5 infirmières 21 AS/AMP/ASG 12 AVS/ASH	4.2 21.05 12	Unité d'hébergement : L'équipe soignante assure un accompagnement personnalisé du Résident en prenant compte ses attentes concernant son projet de vie et ses besoins en matière de santé. Accueil de jour : Les ASG accueillent des personnes vivant à domicile présentant un stade débutant ou moyennement avancé de pathologies neurodégénératives, assurant ainsi des moments de répit auprès des aidants. PASA : Les ASG accompagnent des résidents avec une pathologie Alzheimer ou apparentée avec des troubles modérés.
Soins transversaux	1 Ergothérapeute 1 Psychologue	0.50 0.60	Elle apporte les réponses techniques et éducatives pour répondre à la baisse de capacités physiques et cognitives des résidents. Elle conçoit, élabore et met en œuvre des actions préventives, curatives prenant en compte la vie psychique des individus, le fonctionnement des groupes et les interactions afin de promouvoir le bien être des résidents.
Vie sociale	1 animateur socio-éducatif 1 assistant socio-éducatif	1 0.70	Les animatrices ont pour but de développer, organiser et conduire les projets visant à l'épanouissement, la socialisation, l'autonomie des personnes en prenant en compte leur environnement.

4.1.3. DESCRIPTION DE L'ORGANISATION DE TRAVAIL

La structuration adoptée est de type fonctionnel avec un organigramme clairement défini.

Les équipes de soins travaillent actuellement en plage de 07H00 : Matin ou Soir.

Les infirmières travaillent aussi en 7H00 sauf les weekends, qui sont travaillés en 11H00. Les nuits sont travaillées en 10H30. L'équipe de restauration travail essentiellement en 7H00 et un poste de service en salle travail en horaire coupé.

C'est un roulement contenant un week-end sur deux travaillé.

Les salariés de la filière administrative, logistique, les soins transversaux ainsi que les acteurs de la vie sociale travaillent en journée du lundi au vendredi.

Le logiciel OCTIME permet d'assurer la gestion informatisée des plannings et du temps de travail.

Le logiciel NETSOINS permet d'assurer le planning, le suivi et la traçabilité des soins et des accompagnements personnels, des animations et de la propreté de l'établissement.

Afin de développer des collectifs soudés et mobilisés autour de la prise en soins du résident, des temps de rencontre entre professionnels sont organisés: transmissions, CODIR élargi et réunion de service, réunion jour/nuit, réunions plénières,....

Ces temps ont un principal objectif : l'amélioration du service rendu au résident.

La coordination de l'ensemble des services de l'établissement se réalise formellement d'une part, via des réunions de direction hebdomadaires et informellement d'autre part, via des contacts réguliers entre responsables de services.

Des instances régulières : Le Conseil d'Administration, le Conseil de Vie Sociale, la commission de coordination médicale (prévue dès le recrutement d'un médecin), la commission « menu » et la commission « animation » se réunissent régulièrement. Cette vie institutionnelle est retracée dans le rapport d'activité chaque année.

4.2. LA GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES

4.2.1. L'ACCUEIL ET L'INTEGRATION DU PERSONNEL

L'intégration de nouveaux salariés est une étape importante dans le processus d'adaptation. L'ensemble de l'équipe se doit d'en prendre conscience et d'intégrer la nécessité d'une attention toute particulière pour motiver et fidéliser les professionnels compétents.

La valorisation des agents doit passer aussi par une reconnaissance des institutions et des familles, afin d'estomper les tensions qui existent sur les métiers du grand âge.

Avant la prise de poste, un entretien d'accueil est organisé, sous la responsabilité du cadre de service et/ou de la directrice afin de :

- Faire connaissance avec le professionnel,
- Présenter l'établissement,
- Expliquer l'organisation,
- Répondre aux questions du professionnel.

Chaque nouveau professionnel reçoit plusieurs documents formalisés : Règlement intérieur, une liste de documents à remettre au service RH, la fiche de tâche, la fiche de création du salarié. Le guide Octime et Netsoins peut être envoyé si nécessaire.

Afin de faciliter l'intégration du nouveau salarié, il est accompagné par un salarié durant une à deux journées. L'organisation du travail lui est expliquée afin de travailler de manière autonome les jours suivants.

Par ailleurs, le recrutement de personnel diplômé est privilégié sur les postes nécessitant un diplôme.

Constat :

- Salariés pas toujours prévenus de l'arrivée des nouveaux professionnels
- Procédure d'accueil inexistante
- Pas de livret d'accueil
- Tous les documents ne sont pas encore formalisés

Axes d'amélioration :

- ⇒ Mettre à jour le contenu de fiches de poste pour l'ensemble du personnel
- ⇒ Améliorer les circuits de communication
- ⇒ Créer un livret d'accueil pour les professionnels
- ⇒ Systématiser la remise de documents tels que le règlement intérieur, la charte de la personne accueillie, la charte de bientraitance, etc.

4.2.2. LA FORMATION

Actuellement, les demandes de formation se font au fil de l'année à l'aide d'un formulaire, la date limite étant fixée au 30 septembre.

Constat :

- Actuellement, les demandes de formation se font au fil de l'année à l'aide d'un formulaire, la date limite étant fixée au 30 septembre,
- Pas de bilan fait par les responsables de service,
- Le service RH élabore le plan de développement des compétences,
- Présentation au CSE et envoi à l'OPCO SANTE pour valider le financement,
- Gestion des priorités faite avec la direction selon les budgets alloués,
- Réponse écrite aux salariés concernant l'acceptation ou non des demandes,
- Suivi et mise en place des formations annuelles,
- Pas de suivi informatisé des formations effectués,
- Pas assez de budget pour répondre favorablement aux demandes de formations individuels,
- Pas assez de budget pour mettre en place des formations de groupe,
- Pas de partage de connaissances formalisés au retour de formation.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Ecrire la procédure de demande de formation,
- ⇒ Bilan fait par le responsable de service
- ⇒ Informatiser le plan de compétences
- ⇒ Mettre en place le partage de compétences acquises en formation : journée doublée ou avec les transmissions

4.2.3. LES ENTRETIENS PROFESSIONNELS

Chaque année, un entretien individuel sera organisé pour chaque salarié (CDI et CDD ayant au moins 1 an de présence), et permet de :

- Dresser le bilan de l'année écoulée
- Mesurer l'atteinte ou non des objectifs précédents
- Réajuster les objectifs non atteints ou en déterminer de nouveaux
- Construire un projet professionnel
- Identifier des besoins en formation.

Cette évaluation professionnelle n'a pas pour objet de sanctionner, mais de donner du sens, de la valeur à son travail, de la reconnaissance à la personne, ainsi que de comprendre les axes d'amélioration, en définissant des pistes de progrès et des objectifs.

L'établissement a souhaité coupler l'entretien professionnel et l'entretien annuel. Ces deux entretiens sont indissociables en termes de développement continu des compétences des professionnels. Une trame d'entretien est en cours de rédaction.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Mettre en place les entretiens professionnels annuels
- ⇒ Informatiser le suivi des entretiens

4.3. LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

La prévention des risques professionnels se définit comme l'ensemble des actions anticipées destinées à maîtriser les risques d'accidents de travail ou de maladies professionnelles et à améliorer les conditions de travail par des solutions techniques, organisationnelles et humaines.

A ce titre, la mise en place d'outils de prévention des risques professionnels est une des actions à mener, notamment la réactualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Ce document répertorie l'ensemble des risques professionnels (dont les risques psycho sociaux) auxquels sont exposés les professionnels, afin d'en organiser la prévention et de lister l'ensemble des actions préventives ou curatives mises en place ainsi que celles à prévoir avec le calendrier de programmation.

Pour chaque risque, il détermine un taux de criticité en fonction de sa gravité potentielle et de sa fréquence.

Ce document évolutif fait l'objet d'une mise à jour annuelle afin :

- d'y insérer de nouveaux risques éventuels,
- d'évaluer les actions mises en place,
- et de programmer de nouvelles actions

La santé et la sécurité des professionnels constituent une priorité institutionnelle.

Afin de les préserver, une démarche de prévention des risques professionnels commune aux établissements de l'Unité Economique et sociale des Associations Les Plesses et Hyacinthe Hévin est initiée dans les établissements en mars 2021. Comme toute démarche de prévention, elle a impliqué en 1^{er} lieu l'identification des facteurs de risques qui relèvent de l'environnement professionnel et la création d'un comité de suivi. Cette démarche est un enjeu important puisqu'elle constitue un des leviers pour lutter contre l'absentéisme et un outil intéressant du dialogue social. Concernant l'EHPAD Hyacinthe Hévin, un gros travail de réorganisation des services de soins a été réalisé en juin 2020 avec les équipes soignantes. Ceci a permis d'éliminer les horaires de coupe, favorisant notamment la qualité de vie au travail.

La prévention des risques professionnels est l'affaire de tous, c'est pourquoi chaque acteur doit être associé à la démarche et notamment le médecin du travail et le comité de la prévention des risques professionnels composé du C2SCT (enquêtes et analyse des accidents de travail), les directrices des établissements et les bureaux des conseils d'administration...

Les EHPAD de l'UES ont mis en place plusieurs outils au service de la prévention des risques professionnels, à savoir le DUERP, les actions de formation (notamment à la manutention, formation sur le poste de travail), l'acquisition de matériel adapté et ergonomique avec formation à l'utilisation, enquête auprès des professionnels sur la qualité de vie et le bien-être au travail.

Toutefois un travail important de mise à jour du DUERP reste à réaliser.

Par ailleurs, une analyse plus fine des causes et circonstances des accidents de travail avec préconisations éventuelles et mise en place d'actions correctives doit être organisée par le C2SCT.

En ce qui concerne les risques psychosociaux, le comité prévention des risques professionnels est soucieux et ouvert à l'amélioration de la qualité de vie au travail en mettant en place des mesures d'accompagnement en situation de crise ou en prévention de sa survenue.

Des groupes de parole et des groupes d'analyse de la pratique animés par une psychologue externe à l'établissement sont activés dès que nécessaire.

La participation reste modeste malgré une information largement relayée et il conviendra d'en analyser les causes.

Des initiatives novatrices pourraient être expérimentées comme des ateliers du rire, des séances de sophrologie, le bilan de leur bénéfice reste à déterminer.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Poursuivre la démarche de prévention des RPS initiée par le comité de prévention des risques et mener une réflexion sur la pertinence des accompagnements actuellement proposés
- ⇒ Poursuivre la démarche de prévention et de gestion des risques professionnels et mettre à jour le DUERP ; communiquer sur son existence auprès des équipes
- ⇒ Développer la communication autour des risques professionnels
- ⇒ Equiper les chambres avec des rails de transferts au plafond
- ⇒ Revoir l'ergonomie du matériel actuel
- ⇒ S'inscrire dans une démarche PRAP

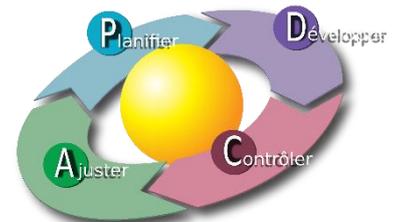
5. PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

5.1. LA POLITIQUE ET LA DEMARCHE QUALITE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

5.1.1. LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

La démarche qualité en EHPAD a pour objectif d'optimiser le fonctionnement et le savoir-faire de l'établissement. Elle oriente son organisation et vise à améliorer les prestations rendues en fonction des attentes des résidents et des familles. Elle permet aussi au personnel de travailler dans de meilleures conditions.

Depuis octobre 2019, les EHPAD « la Sainte Famille » et « Hyacinthe Hévin » élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité, orchestrée par la référente qualité. Un comité de pilotage de la qualité a été mis en place et est constitué de professionnels des deux établissements : les directrices des 2 établissements, de la cadre de santé, de l'infirmière coordinatrice, de la psychologue, d'un médecin coordonnateur et de la référente qualité.



Outre le fait de se mettre en conformité avec les obligations réglementaires en la matière, la politique qualité traduit la volonté des établissements dans leur souci d'améliorer continuellement la qualité des prestations rendues aux personnes accueillies et accompagnées. Notamment à travers des enquêtes de satisfaction. La satisfaction étant une donnée complexe car subjective, il est nécessaire de réfléchir à l'ensemble du processus afin d'en améliorer la finalité : élaboration, méthode de questionnement, saisonnalité, items, traitement, restitution, ...

A minima, 3 actions doivent être engagées dans ce sens:

- revoir annuellement le contenu des enquêtes de satisfaction en les faisant correspondre aux objectifs du projet d'établissement et du CPOM,
- améliorer l'interprétation des résultats des enquêtes de satisfaction permettant la planification de nouvelles actions,
- assurer une restitution régulière et lisible auprès du public concerné

Parallèlement, une démarche de gestion de projet est mis en place sous la forme d'un plan d'amélioration continue de la qualité, reprenant l'ensemble des actions issus de toutes formes d'évaluations (enquête, Fiche d'Evènement indésirable, audit, document unique, etc...)

Axes d'amélioration :

- ⇒ Consolider et Pérenniser la démarche engagée de l'analyse des pratiques professionnelles.
- ⇒ Mettre en place l'utilisation des enquêtes de satisfaction pour en faire un outil à part entière de l'aide à la décision.
- ⇒ Renforcer la communication sur la démarche qualité (charte, réunion)

5.1.2. LA GESTION DOCUMENTAIRE

Le système documentaire qualité se compose de procédures, de protocoles et manuels opérationnels. Ils décrivent l'organisation générale (méthodes et responsabilités) ainsi que la réalisation de tâches plus précises (gestes, produits à utiliser...). Ces documents sont élaborés en réunion de travail avec les acteurs concernés puis validé en COPIL Qualité en dernière instance. Les recommandations et textes en vigueur sont des outils d'aide à l'élaboration de ces documents qualité.

L'EHPAD a mis en place une Gestion Electronique Documentaire (GED). Il permet un partage, ciblé et actualisé de l'information au sein de l'établissement. La diffusion des documents comme leurs changements de version génèrent une alerte documentaire par mail au responsable de service et en page d'accueil du logiciel de soins.

La plupart des feuilles de traçabilité ont été supprimés au profit de la traçabilité que permet le logiciel de soins. Toutefois, certaines tâches sont tracées sur papier. Ils permettent l'enregistrement de données (entretien hôtelier,...) et la validation des tâches (nettoyage, désinfection...).

Des fiches de déclarations sont informatisées (chutes, FEI, recueil de plaintes...).

Axes d'amélioration :

- ⇒ Informer les professionnels sur l'existence de la gestion documentaire

5.2. LA GESTION DES RISQUES

La gestion des risques se traduit pour l'instant par la déclaration des évènements indésirables sur NETSOINS et par un plan de sécurisation de l'établissement formalisé comprenant:

- le plan bleu qui permet la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables pour faire face efficacement à la gestion d'un évènement exceptionnel,
- le plan de continuité d'activité (PCA) qui permet à l'établissement de fonctionner en mode dégradé en période de crise ou de perturbation grave et prolongée.

Le signalement d'un évènement indésirable est un outil indispensable à la mesure de fiabilité d'une organisation. La procédure de déclaration d'un évènement indésirable, par les agents, comme par les résidents et les familles, n'est pas assez connue. Le traitement de l'évènement indésirable, en CODIR ou directement avec le responsable du service concerné, n'est pas suffisant. Malgré tout, les déclarations se font encore sous forme orale.

Pour ce faire, il faudrait :

- revoir l'ensemble du processus de traitement d'un évènement indésirable,
- améliorer la cartographie des risques,
- mettre en évidence le coût de la non-qualité

Dans un contexte de rationalisation des moyens et de performance des politiques publiques, la qualité doit être saisie comme une opportunité pour démontrer la pertinence des prestations offertes, pour valider et améliorer les pratiques professionnelles.

Elle doit permettre la confiance des parties intéressées à ce contrat «moral et éthique»: résidents, familles, personnels de l'établissement, fournisseurs et autorités de tarification et de contrôle.

La démarche qualité, partagée par l'ensemble des professionnels, assure une réactualisation régulière de ce contrat à travers l'organisation et les pratiques professionnelles.

Axes d'amélioration :

⇒ Améliorer le signalement et le traitement des événements indésirables.

6. PROJET ARCHITECTURAL

L'EHPAD Hyacinthe Hévin a obtenu la délivrance d'un permis de construire le 17 novembre 2017 en vue de la rénovation des chambres et la restructuration des bâtiments. Les travaux devaient débuter en septembre 2018 et s'achever en juin 2021. En réalité, les travaux ont commencé en septembre 2019 et ont pris beaucoup de retard à cause de la crise sanitaire survenu au mois de mars 2020.

6.1. ENJEUX ET OBJECTIFS

A l'issue des groupes de travail mis en place à l'été 2017, des décisions ont été prises par le COPIL Travaux sur l'aménagement des espaces. La structure comptera deux salles de bain communes, dont une dédiée au bien-être et à la relaxation des résidents, ainsi qu'un salon de coiffure et un salon esthétique.

Une lingerie neuve est en cours de construction. Pour les professions paramédicales (ergothérapeute, kinésithérapeute) un local sera entièrement conçu à l'étage. Le local des infirmières sera construit au rez-de-chaussée pour permettre une meilleure accessibilité pour les résidents et les familles.

L'accueil a été entièrement réaménagé en un espace de 75,1 m² composé d'un SAS d'entrée, d'un hall d'accueil et d'une borne d'accueil. Les bureaux administratifs ont également été reconçus ainsi qu'une salle de réunion et un salon d'accueil pour les entretiens avec les familles. La salle à manger a été agrandie et repensée, ainsi que les salons d'attente au rez-de-chaussée. La signalétique a également été repensée.

6.2. LES CHAMBRES

Certaines chambres actuelles ne disposent pas de salle de bains individuels, elles sont en cours de rénovation. Cette rénovation n'augmentera pas la capacité d'hébergement de l'établissement. Les 4 chambres des annexes « Albizzias » seront transformées en logements locatifs adaptés, amenant le total des logements locatifs à 9.

Le résident dispose d'une chambre individuelle avec du mobilier adapté à son état de santé (lit à hauteur variable, fauteuil gérontologique, table d'appoint...). Le résident peut amener du mobilier personnel et de la décoration d'une manière compatible avec l'état de santé, la superficie, la sécurité et l'organisation des soins tant pour le résident que pour les

professionnels et les visiteurs. Le téléphone et internet peuvent également être installés dans la chambre.

Le résident peut disposer de la clé de son logement.

L'entretien de la chambre est assuré par l'équipe de bio-nettoyage de l'établissement.

Les salles de bain disposent de douches à l'italienne ainsi que de tout le confort nécessaire et sont adaptées aux personnes à mobilité réduite.

Un état des lieux écrit, réalisé par le personnel de l'établissement, est établi de façon contradictoire à l'entrée et à la sortie du résident.

Chaque résident dispose d'un bracelet qui est reliée à l'équipe soignante par un système d'appel 24h/24.

6.3. LES LIEUX DE VIE

En complément des espaces privés, les résidents disposent d'un accès aux espaces collectifs suivants : salons, bibliothèque et salle d'animation



Des espaces salon-détente, situés à différents endroits de l'établissement permettent aux résidents de se regrouper pour discuter, partager des activités en petits groupes ou regarder la télévision. Chaque lieu de vie dispose d'un ordinateur en libre accès pour les résidents. Un aquarium a récemment été ajouté dans le lieu de vie des Tournesols. Ce lieu favorise l'intimité, les échanges, et de nombreuses parties de cartes s'y jouent chaque jour.

La salle de restaurant, climatisée, située au rez-de-chaussée, est utilisée au moment des repas. Cette pièce est modulable, permettant sa transformation en salle de réception à l'occasion des grandes manifestations.



La salle d'animation située à l'étage accueille les animations, les ateliers équilibrés, les spectacles et autres manifestations.

La chapelle, située au niveau rez-de-chaussée, est accessible à la demande en journée et la messe y est célébrée tous les vendredis à 15H00 et deux fois par semaine le matin. Les messes sont ouvertes aux habitants de la commune d'Etelles en fonction des places.

Des sanitaires communs sont accessibles à tous les moments de la journée.

Les résidents peuvent circuler librement dans l'établissement, hormis dans les espaces techniques dédiés aux professionnels. Des ascenseurs garantissent l'accessibilité des personnes à mobilité réduite.

6.4. CREATION D'UNE UNITE PROTEGE

Le contexte :

Actuellement plus de 58% de nos résidents présentent des troubles cognitifs. Les dossiers de demande d'admissions qui nous sont adressés sont systématiquement refusés lorsque les résidents présentent des troubles du comportement importants type déambulation, fugues, désinhibition, etc., ne permettant pas de les prendre en soins correctement. Ces dossiers représentent 77% des demandes d'admissions. Ce sont autant de personnes qui ne trouvent

pas de place en établissement, pouvant compter souvent uniquement sur l'aidant familiale qui se trouve dans un état d'épuisement totale et d'angoisse permanente. Sur le territoire Pays de Vitré, il y'a peu de places en unité protégée. La liste d'attente est longue et il faut en moyenne un an avant de trouver une place.

La crise sanitaire du Covid-19 a mis en lumière les difficultés liées à la déambulation des résidents. Un confinement en chambre étant impossible pour ces résidents, nous ne pouvions pas les enfermer, ni leur faire comprendre par le raisonnement qu'il fallait rester à l'intérieur de la chambre. Nous avons eu plusieurs résidents positifs au Covid-19, qui de par leur déambulation et leur intrusion dans les autres chambres, ont grandement contribué à la propagation de l'épidémie dans l'établissement et à la formation de clusters.

Force est de constater que nous sommes démunies face à certaines situations et nous sommes obligés de demander à des familles de trouver un autre établissement pour leurs parents, faute de pouvoir les prendre en charge correctement. Cela provoque un déchirement pour les familles, une incompréhension et une perturbation très importante pour le résident et un sentiment d'échec et d'impuissance pour les professionnels.

Les difficultés de cohabitation avec les autres résidents de l'EHPAD, les difficultés rencontrées par les professionnels, nous amènent à repenser l'organisation, les activités adaptées au plus grand nombre, la gestion non médicamenteuses des troubles du comportement, et l'adaptation au quotidien à chaque résident.

A partir de ces constats, l'association Hyacinthe Hévin se doit de repenser son projet afin de permettre et favoriser encore davantage le maintien de l'autonomie de chaque personne accueillie souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Créer une unité dédiée au sein même de l'établissement nous semble être la réponse la plus approprié.

Les objectifs de la démarche :

La spécificité de la maladie d'Alzheimer et autres pathologies démentielles réside dans le fait que les personnes âgées malades ont un besoin de déambuler afin de calmer leurs angoisses; celles-ci ne sont plus à même de contrôler leurs émotions, et leur errance peut les mettre en situation de danger.

Une petite unité de 12 lits aidera les professionnels à prendre soin, c'est-à-dire à apporter tout ce dont aura besoin la personne âgée dite "démence" ; liberté de déambulation, d'expression et accompagnement adaptée.

Cette unité s'inscrit dans le projet global de l'établissement, en réponse à la volonté de l'association gestionnaire, comme des acteurs professionnels de terrain, d'une adaptation permanente de la structure face à l'évolution des besoins des personnes accueillies.

D'autres missions viennent l'enrichir et placer l'établissement et l'association au cœur du réseau gérontologique communal. Ainsi, avec l'accueil en EHPAD, l'Unité Protégé, l'accueil de jour, le PASA, L'ALA et le LLA en plus de l'activité des portages de repas à domicile, l'association répond aux multiples besoins de la population âgée de la commune et s'inscrit comme un partenaire de l'action sociale en faveur des personnes âgées sur le territoire.

Il nous semblait opportun de profiter de la dernière phase de travaux pour intégrer le projet de création d'unité protégée au sein du service des Coquelicots. Nous souhaitons créer une unité protégée avec 12 chambres, un lieu de vie avec un espace détente et un espace salle à manger, une cuisine thérapeutique, un office et deux espaces cocoonings. Le lieu de vie sera ouvert sur une terrasse sécurisé avec un accès direct possible au parc.

L'organisation des espaces est fondée selon trois objectifs :

- Une architecture au service d'un projet de vie : agencées en « des lieux de vie ».

- Une architecture favorisant l'intime tout en développant des lieux de vie permettant de nouer des relations sociales.
- Une architecture basée sur des objectifs qualitatifs du cadre de vie général.

Dix chambres sur douze sont déjà existantes ainsi que les espaces collectifs et la terrasse sécurisé. La création des deux autres chambres est comprise dans le projet architectural de base. A noter que le projet de création d'Unité Protégée au sein de l'établissement n'accroîtra en aucun cas la capacité d'accueil de l'établissement qui restera de 102 lits.

Profitant de la présence de l'architecte sur la structure nous avons examinés la possibilité de fermer l'unité à l'aide de portes coupe-feu asservies et sécurisés et nous avons intégrés les changements nécessaires aux plans de la troisième phase de rénovation.

Le surcoût lié à la création de l'UPAD s'élève à 25 000 euros.

- Mise en place de trois portes DAS asservies et sécurisés : 12480€ HT
- Aménagement de l'office : 1536 € HT
- Installation d'une cuisine thérapeutique : 4898 € HT
- Aménagement des deux espaces cocooning : 3223 € HT
- Achat de meubles adaptés pour les lieux de vie : 2863 € HT

Les moyens humains nécessaires :

La mission de l'établissement est de prendre soin de toutes les personnes âgées hébergées, mais également d'adapter et de personnaliser les prises en charge et les accompagnements. L'unité Protégée est une réponse apportée aux besoins des résidents et de leurs familles.

Il s'agira de proposer une prise en charge spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres démences. Or, cette prise en soins adaptée nécessite la présence de personnels qualifiés, constants avec un véritable projet de service. Pour ces raisons nous envisageons la création de trois postes de jour (4.80 ETP) pour cette unité afin d'assurer une présence quotidienne de deux personnes de 7H00 à 21H00, les week-ends compris. (1.60 ETP existant déjà financé sera utilisé, portant le nombre total à 4 postes).

Nous envisageons également la création de 1.60 ETP de nuit dédiés à l'unité afin qu'une personne soit toujours présente la nuit.

Par ailleurs, la prise en charge des résidents atteints de troubles cognitifs doit s'accompagner d'un suivi psychologique afin qu'ils puissent parler de leurs angoisses, être rassurés et valorisés dans leurs compétences. Il s'agit également de mettre en place des temps de supervision avec l'équipe de l'unité et les intervenants (animateur, médecin coordonnateur, infirmiers), et d'élaborer certaines activités thérapeutiques non médicamenteuses en lien avec les aides médico-psychologiques ou assistants de soins en gérontologie.

De ce fait, nous souhaitons augmenter le temps psychothérapeutique de 20 % afin de répondre aux besoins évoqués. De plus, avec l'objectif de diversifier les activités proposées aux personnes âgées, nous détacherons un animateur quelques heures par semaine, sur des temps réguliers, tant dans les jours, que les horaires. Ses actions seraient complémentaires à celles que pourraient mettre en place les AMP ou les ASG.

L'évaluation des frais de personnel spécifiquement affecté à l'unité se chiffre à 270 000€ par an.

L'établissement dispose actuellement de deux animatrices, les 0.30 % de temps consacrés à l'animation dans l'UPAD sera pris sur un des deux postes existants, déjà financés.

Ce projet a été présenté aux représentants de l'ARS et du département 35 lors d'une réunion le 17 mai 2021. Les tutelles soutiennent le projet mais ne peuvent pas s'engager à ce jour sur l'aide financière nécessaire pour les ressources humaines. Il nous a été demandé de revoir si le même projet est réalisable avec moins de professionnels. Après réflexion et débats, l'équipe est unanime ; le projet de création d'unité protégée a du sens uniquement si nous avons

suffisamment de personnels pour encadrer les résidents afin de pouvoir proposer un véritable accompagnement personnalisé. L'effectif actuel ne nous permet pas de réaliser le projet. Nous avons cependant procédé à la sécurisation des escaliers dans tous l'établissement et nous allons rénover le secteur des Coquelicots afin qu'au niveau de l'architecture tout soit prêts le jour où nous aurons les moyens financiers pour réaliser enfin ce projet qui nous tiens à cœur.

6.5. L'AMENAGEMENT DU PARC ET SES ANIMAUX

L'EHPAD Hyacinthe Hévin bénéficie d'un parc de 2 hectares qui est adapté pour les personnes à mobilité réduite.

Le parc est composé d'espaces de verdure, de chemins de promenade, et d'un parcours d'activités. Le clocheton de l'hospice, construit en 1880 par Madame Hyacinthe Hévin, pose fièrement dans le parc. On y trouve aussi un jardin des roses, entretenu par les résidents avec l'aide des techniciens. Le parc, très boisé, permet aux résidents de passer beaucoup de temps à l'extérieur. L'été, ce lieu est très prisé par les résidents et les familles et les activités sont souvent proposées dehors. C'est un endroit qui se prête parfaitement aux fêtes, barbecues, vides greniers, et autres événements organisés par l'EHPAD. Il est également ouvert sur le centre bourg de la Commune d'Etrelles avec un accès facilité aux différents commerces (boulangerie, pharmacie, épicerie...).

Récemment l'EHPAD a fait l'acquisition de deux biquettes. Le poulailler et la volière viennent compléter cet espace qui plait beaucoup aux résidents mais aussi aux petits Etrellois qui passent souvent admirer les animaux.

Des lapins sont également présents dans chaque service. Un projet est à l'étude pour leur créer un espace dédié dans un des patios. L'EHPAD aimerait faire l'acquisition d'un HANDE CHIEN mais les finances actuelles ne le permettent pas pour l'instant.

Les deux techniciens de l'EHPAD s'occupent de l'entretien du parc et des animaux en plus de leurs interventions à l'intérieur de l'établissement. L'entretien de cet espace demande beaucoup de temps et de passion.

D'autres projets sont en cours de réflexion, notamment la création de jardins zens, jardins thérapeutiques ou encore l'installation de ruches, le seul frein à tous ces projets est sans doute le manque de temps et le manque de moyens financiers pour tout réaliser.

Axes d'amélioration :

- ⇒ Créer des jardins zens ou/et thérapeutiques
- ⇒ Créer un partenariat avec un apiculteur
- ⇒ Accueillir des stagiaires en aménagement de l'espace vert
- ⇒ Rendre les résidents plus acteurs dans l'aménagement du parc

7. CONCLUSION

Le projet d'établissement doit servir de référence permanente à la réflexion et à l'action, dans l'intérêt des personnes âgées. Ce nouveau document est un cadre fédérateur tourné vers l'avenir, il a été l'occasion d'un travail en commun dans un souci constant d'amélioration de la prise en charge des résidents.

C'est aussi un des supports nécessaires à la mise en œuvre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

Diffusion du projet d'établissement :

- Auprès des professionnels présents, par un temps d'information collectif et la mise à disposition du document complet
- Aux nouveaux professionnels en donnant du sens à leur nouvel emploi et faciliter leur intégration
- Aux personnes accompagnées, par le biais de la synthèse
- Aux familles, par le biais de la synthèse et la mise à disposition du document complet sur le site web de l'établissement
- Aux autorités de tarification

Le suivi de la mise en œuvre du projet d'établissement :

Le suivi de la réalisation des objectifs d'évolution se fera par fiches actions et tableaux de bord à mettre à jour par la responsable qualité.

Le COPIL du projet d'établissement se chargera de ce suivi annuellement. Ainsi le suivi des indicateurs de la démarche qualité seront retranscrits dans le rapport annuel d'activité.

Les modalités de révision du projet d'établissement

Selon les préconisations de la loi 2002-2, la révision se fera dans 5 ans.

Un grand merci aux équipes qui réalisent un travail quotidien formidable aux côtés des résidents, merci à tous ceux qui ont participé aux nombreux groupes de travail, à la rédaction de ce projet et au COPIL.

L'écriture de ce projet d'établissement nous a permis d'analyser nos pratiques, de les remettre en question et d'identifier les axes d'amélioration pour les années à venir.

N'oublions pas que « les petits ruisseaux font les grandes rivières » et ensemble nous mettrons tout en œuvre pour faire vivre ce projet d'établissement.

8. ANNEXES : Table des sigles et des abréviations

ALA	Accueil Loisirs Animations
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASG	Assistante de soin en gérontologie
ASH	Agent des Services Hôteliers
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CMP	Centre Médico-Psychologique
CODIR	Comité de Direction
COFIL	Comité de Pilotage
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CSP	Code de la Santé Publique
DUERP	document unique d'évaluation des risques professionnels
C2SCT	Comité Santé, Sécurité et Condition de Travail
CSE	Comité Social et Économique.
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
ETP	Équivalent Temps Plein
GED	gestion documentaire
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IDEC	Infirmier Diplômé d'État Coordinatrice
LLA	Location Les Albizzias
MEDCO	Médecin Coordonnateur
NFS	Numération Formule Sanguine
PAP	Projet d'accompagnement personnalisé
PASA	Pôle d'Activité et de Soins adaptés
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PRAP	Prévention des risques liés à l'activité physique
PUI	Pharmacie à Usage Interne
QVT	Qualité de Vie au Travail
RBBP	Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles
RH	Ressources Humaines
RPS	Risques Psycho-sociaux
UES	Unité Economique et Sociale
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
UPAD	Unité pour Personnes Agées Désorientées ;

9. CALENDRIER PREVISIONNEL DES ACTIONS D'AMELIORATION MAJEURES

Intitulés		Actions	Pilotes	2022	2023	2024	2025	2026
Axe 1	Le suivi du projet personnalisé	Définir un référent soignant et créer une carte de présentation du référent	IDEC					
		Impliquer les résidents qui le souhaitent dans les actes de la vie quotidienne : linge, courrier, mise des couverts,...	PSY					
		Inscrire dans le Projet d'Accompagnement Personnalisé s'il faut utiliser le prénom du résident afin que chaque professionnel procède à la même façon de communiquer avec le résident.	PSY					
Axe 2	Le respect des droits fondamentaux	Mettre à jour le livret d'accueil	DIR					
		Remettre en place les réunions des familles avec pour ordre du jour : bilan de la période passée, suivi des projets et un thème (exemple : accompagnement fin de vie). Une équipe pluridisciplinaire sera présente pour répondre aux questions des familles.	DIR					
		Ecrire une charte de bientraitance résumant, la conduite à tenir des professionnels face aux résidents (vouvoiement, respect, discrétion...) qui pourra être remise à chaque nouveau salarié, via le livret d'accueil du nouveau professionnel.	RQ					
Axe 3	Le Conseil de la Vie Sociale	Faire des communications régulières sur le rôle du Conseil de la Vie Sociale	IDEC					
		Renouveler les groupes de paroles par service avant le CVS en présence de la psychologue et/ou animatrice	ANI					
		Mettre à jour la plaquette sur ce qu'est un CVS et le remettre à l'entrée d'un nouveau résident	RQ					
		Afficher la liste des membres du CVS dans les lieux de vie de l'établissement	RQ					
		Faire connaître les dates de réunion du CVS et inciter les résidents et les familles à faire part de leurs remarques, doléances et suggestions.	ANI					
Axe 4	L'entretien des locaux	Mettre en place un suivi pour le lavage des rideaux (1 à 2 fois par an)	GOUV					
		Revoir l'organisation : sortir les ASH des soins le weekend pour avoir plus de temps pour faire toute les chambres	DIR					
		Investir dans des chariots de ménage	GOUV					
Axe 5	La restauration	Continuer à travailler sur la présentation de l'assiette (plat)	CUI					
		Développer le nombre de repas à domicile	DIR					
		Servir les repas avec textures adaptées en part individuelle (restreindre le gaspillage, diminuer les repas mixés en ciblant les personnes ayant besoin)	DIR					
		Travailler sur les textures enrichies : diminuer les CNO et faire des bouillies maison à la place et des enrichissements naturels	DIR					
		Mettre en place un CLAN	DIR					
		Créer un compost et mettre de côté les épluchures pour les animaux du parc	DIR					
		Mettre en place le manger main	DIR					
Axe 6	La lingerie	Réaménager le local des tenues propres	TQ					
		Pour les hébergements temporaires, rendre le marquage obligatoire	RQ					
		Faire un audit pour analyser les pratiques au tour des protections afin de diminuer les changes de vêtements et de linge plat	DIR					
		Changer les chariots de distribution de linge propre	DIR					
Axe 7	Qualité et gestion des risques	Purges, relevés de températures, etc. à faire et à tracer	TQ					
		Mettre à jour le carnet sanitaire	RQ					
		Suivi des fontaines à eaux à mettre en place	RQ					
		Mettre à jour le classeur avec les différentes notices de tous les produits utilisés dans l'établissement, accessible à l'accueil	GOUV					
		Informers les professionnels sur l'existence de la gestion documentaire	RQ					
		Améliorer le signalement et le traitement des événements indésirables.	IDEC					

Intitulés		Actions	Pilotes	2022	2023	2024	2025	2026
Axe 8	La maintenance des locaux et la sécurité	Développer des partenariats avec des centres de formation (accueillir des stagiaires)	RH					
Axe 9	L'animation au quotidien	Améliorer la décoration et l'installation des lieux de vie pour encourager le « vivre ensemble » et la convivialité	ANI					
		Revoir l'organisation de l'animation pour proposer une animation aux personnes avec des troubles cognitifs ou de l'accompagnement individualisé	ANI					
		Développer les activités en place: - Installer des chariots « flashes » - Proposer des projections de films en interne - Valoriser l'utilisation de l'ActivTab - Développer les sorties au sein du territoire - Créer plus de lien inter-ehpad avec l'EHPAD d'Argentré du Plessis en particulier	ANI					
		Améliorer l'animation et la participation des résidents aux repas à thème	ANI					
		Trouver et fidéliser des bénévoles pour l'animation et pour l'aumonerie	ANI					
		Mettre en place des « activités » par des bénévoles (bricolage, jeux..)	ANI					
Axe 10	Circuit du médicament	Demander aux médecins traitants la prescription d'un bilan biologique au moins 1 fois par an pour chaque résident.	IDEC					
		Revoir l'organisation concernant les Renouvellements d'ordonnances afin d'anticiper au mieux le passage des médecins.	IDEC					
		Formation/ Sensibilisation sur le Circuit du médicament auprès du personnel au moins 1x/an	IDEC					
Axe 11	Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée et de son entourage	Poursuivre la formation des professionnels au repérage des signes de souffrance psychique.	RH					
		Elaborer un protocole d'accompagnement de l'équipe face à un risque suicidaire et/ou suite à un passage à l'acte.	PSY					
		Etablir une liste des personnes ressources ou des structures locales compétentes pour la prise en charge de la souffrance psychique.	PSY					
		Développer téléconsultation/télémedecine avec médecins psychiatres.	IDEC					
Axe 12	L'accompagnement en fin de vie et soins palliatifs	Recueillir les souhaits et volontés des résidents sur les conditions de leur fin de vie et les directives anticipées	PSY					
		Proposer un entretien avec la psychologue en l'absence de médecin coordonnateur, un mois après l'admission, et/ou dès que l'état de santé du résident le nécessite, afin d'expliquer les directives anticipées et d'aider à la rédaction de ces dernières.	PSY					
		Mise en place de formations du personnel à l'accompagnement du résident en fin de vie, à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur, à l'alimentation et à l'hydratation, ainsi qu'à l'utilisation des techniques non médicamenteuses.	RH					
		Favoriser les autres approches thérapeutiques : musicothérapie, aromathérapie, hypnose....	IDEC					
		Mise en place d'un temps de soutien avec la psychologue pour les professionnels après le décès d'un résident.	PSY					
		Élaborer des protocoles (douleur, anxiété, identification du résident..)	IDEC					
		Envoyer un message de condoléance à la famille et envoyer une composition florale au nom du personnel le jour des obsèques	SEC					
		Proposer la mise en bière sur place en chambre ou à la chapelle et faire sortir les résidents par la grande porte	DIR/PSY					

Intitulés		Actions	Pilotes	2022	2023	2024	2025	2026
Axe 13	La prévention des troubles du comportement et leur gestion	Former les professionnels à la validation des émotions	RH					
		Proposer plus souvent des activités diverses lorsqu'un professionnel se retrouve face à un refus d'un résident - Analyser les pratiques par rapports à un refus	PSY					
		Mettre en place la zoothérapie en formant du personnel à la médiation animale ou avec l'association HANDI CHIENS	ERGO					
		Proposer des bains de confort	IDEC					
		Créer un UPAD	DIR					
		Créer un jardin thérapeutique, d'un jardin zen	DIR/TQ					
		Créer un espace Snoozelen	DIT					
Axe 14	La prévention de la douleur	Nommer un « référent douleur » pour sensibiliser l'équipe et interpellé sur les bonnes pratiques professionnelles.	IDEC					
Axe 15	Le maintien de la mobilité et la prévention de la régression locomotrice	Dépister précocement les personnes âgées présentant une désadaptation des schémas moteurs par l'évaluation des signes cliniques.	ERGO					
		Transmettre les techniques d'activation motrice aux équipes de soin et les aménagements de l'environnement indiqués	ERGO					
		Former les soignants aux techniques d'activation motrice	ERGO					
		Augmenter le nombre de prises en charge par les kinésithérapeutes libéraux	ERGO					
		Favoriser les accompagnements à la marche par les soignants	ERGO					
Axe 16	La prévention du risque de chutes et gestion des chutes.	Développer la formation des soignants (conduite à tenir en cas de chute, mobilisations et accompagnements à la marche, environnement sécurisé, habillage et chaussage adapté...)	ERGO					
		Formaliser le repérage du risque de chute et la prise en charge individualisée des sujets à haut risque	ERGO					
		Développer l'analyse des chutes et mettre en place des actions préventives	ERGO					
		Apporter une vigilance particulière à la dénutrition, au déficit en vitamine D	ERGO					
		Accroître le matériel d'alerte tel que les détecteurs de présence au lit ou au fauteuil (type « Santinell »)	DIR					
Axe 17	Limiter l'usage de la contention	Formaliser le protocole sur la mise en place des contentions	ERGO					
		Diminuer l'usage des psychotropes avec les médecins traitants	IDEC					
Axe 18	La prévention et gestion des troubles nutritionnels et de la déglutition. (manger main...)	Supprimer les régimes diabétiques et sans sel strict	IDEC					
		Formation du personnel (collaboration Orthophoniste sur les troubles de la déglutition)	IDEC					
		Collaboration Diététicienne à améliorer	DIR					
Axe 19	La prévention bucco-dentaire	Formation du personnel	RH					
		Création d'un partenariat avec un centre bucco-dentaire	DIR					
		Soins de bouche à programmer pour les résidents en fonction des besoins	IDEC					
		Identifier et former des référents hygiène bucco-dentaire	IDEC					
		Affichage de fiches conseil pour sensibiliser le personnel, la famille et l'entourage	RQ					
		Procéder au marquage des appareils dentaires	IDEC					
		Achat d'une boîte de nettoyage à ultra-sons	DIR					
Axe 20	La prévention et la prise en charge de l'incontinence et de l'hygiène de l'élimination	Revoir l'ergonomie des chariots de nursings, et/ou acheter des petits chariots	ERGO					
		Harmonisation des pratiques suite aux formations	IDEC					
Axe 21	Le sommeil de la personne âgée	Proposer plus de médiation thérapeutique pour apaiser les soirs : musique douce, collation	IDEC					
		Identifier les résidents qui écoutent la TV fort : proposer achat d'un casque	GOUV					
		Protocole « si besoin » à faire pour tous les résidents avec médecin traitant	IDEC					

Intitulés		Actions	Pilotes	2022	2023	2024	2025	2026
Axe 22	Entretien et gestion des appareillages	Insérer une photo des appareils dans l'inventaire dans NETSOINS des lunettes, aides à la marche et fauteuils	ERGO					
		Former le personnel au nettoyage des appareils dentaires et auditifs	IDEC					
		Procéder au marquage des appareils divers (avant l'entrée pour les nouveaux résidents)	IDEC					
Axe 23	Prise en soin spécifique pour les personnes atteintes de démences neurodégénératives (pasa, upad)	Reprise des sorties et échanges vers l'extérieur	PSY					
Axe 24	L'accueil et l'intégration du personnel	Vérifier l'existence et le contenu de fiches de poste pour l'ensemble du personnel	RQ					
		Améliorer les circuits de communication	DIR					
		Créer un livret d'accueil pour les professionnels	RQ					
		Systematiser la remise de documents tels que le règlement intérieur, la charte de la personne accueillie...	RH					
Axe 25	La formation continue	Ecrire la procédure de demande de formation,	RH					
		Créer le catalogue de formation, institutionnel ?	RH					
		Mettre en place le partage de compétences acquises en formation : journée doublée ou avec les transmissions,	RH					
		Informatiser le plan de compétences	RH					
		Former un maximum de professionnels à la sécurité incendie et faire une mise en situation surprise	RH					
		former un maximum de professionnels à l'habilitation électrique	RH					
		Mise en place de formations de bio-nettoyage	RH					
Axe 26	Les entretiens professionnels	Renforcer les outils de pilotage Gestion des Emplois et des Compétences	RH					
		Remettre en place les entretiens professionnels annuels	RH					
Axe27	La qualité de vie au travail	Poursuivre la démarche de prévention des RPS initiée par le comité de prévention des risques et mener une réflexion sur la pertinence des accompagnements actuellement proposés	RQ					
		Poursuivre la démarche de prévention et de gestion des risques professionnels et mettre à jour le DUERP, communiquer sur son existence auprès des équipes	RQ					
		Equiper les chambres avec des rails de transferts au plafond	DIR					
		Revoir l'ergonomie du matériel actuel	ERGO					
		S'inscrire dans une démarche PRAP	ERGO					
Axe 28	La démarche d'amélioration continue de la qualité	Consolider et Pérenniser la démarche engagée de l'analyse des pratiques professionnelles.	RQ					
		Mettre en place l'utilisation des enquêtes de satisfaction pour en faire un outil à part entière de l'aide à la décision.	RQ					
		Renforcer la communication sur la démarche qualité (charte, réunion)	RQ					
Axe 29	L'aménagement du parc et ses animaux	Créer un partenariat avec un apiculteur	TQ					
		Accueillir des stagiaires en aménagement de l'espace vert	RH					
		Rendre les résidents plus acteurs dans l'aménagement du parc	ANI/TQ					

Intitulés		Actions	Pilotes	2022	2023	2024	2025	2026
Axe 30	Formation NETSOINS et paramétrages	Mettre en place des fiches «procédure» afin de faciliter l'utilisation de Netsoins par les référents sur le PAP	RQ/PSY					
		Privilégier NET SOINS pour communiquer sur l'intendance, sauf urgence.	IDEC					
		Formation de l'ensemble du personnel pour la mise à jour d'un plan de soins sur Netsoins	IDEC					
		Formation et sensibilisation de la traçabilité aux médecins traitant intervenant	IDEC					
		Formation Netsoins aux équipes soignantes pour améliorer la traçabilité	IDEC					
		Formation Netsoins sur la traçabilité du médicament	IDEC					
		Calendrier mictionnel à programmer et à tracer dans les plans de soins	IDEC					
		Améliorer la traçabilité des actes effectués et évaluations faites sur la douleur dans Netsoins	IDEC					
		Insérer la programmation du nettoyage des appareils dentaires et auditifs dans le logiciel de soins.	IDEC					
		Programmer le changement des piles pour les appareils auditifs dans le plan de soins	IDEC					
		Programmer le nettoyage à fond des fauteuils roulants	IDEC					
		Mettre à jour le plan de soins du résident par le référent au fur et à mesure	IDEC					