

# Maison de retraite Dins Lou Pelou

2011-  
2015

## PROJET D'ETABLISSEMENT



## SOMMAIRE

<b>I. <u>PRÉSENTATION DE L'ENVIRONNEMENT :</u></b>	<b>P 2-7</b>
1.1 Situation géographique de l'établissement	p 2
1.2 Démographie locale	p 2
1.3 L'environnement sanitaire et médico-social	p 5
1.4 La politique gérontologie nationale et locale	p 5
<b>II. <u>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT :</u></b>	<b>P 8-</b>
<b><u>13</u></b>	
2.1 Statut actuel et historique	p 8
2.2 Situation géographique	p 9
2.3 Présentation des locaux	p 10
2.4 Evolution du prix de journée	p 11
2.5 Principaux chiffres de l'activité soins	p 11
2.6 Caractéristiques de la population accueillie	p 12
<b>III. <u>PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE :</u></b>	<b>P 14-15</b>
<b>IV. <u>POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT :</u></b>	<b>P 16-19</b>
4.1 Missions de l'établissement :	p 16
4.2 Philosophie générale :	p 16
4.3 Politique générale :	p 17
<b>V. <u>LE PROJET DE VIE :</u></b>	<b>P 20-28</b>
5.1. Enjeux du projet de vie	p 20
5.2. Définition du projet de vie	p 20
5.3. L'accueil en établissement	p 20
5.4. Projet de vie individualisé	p 21
5.5. Droits et liberté	p 22
5.6. Les prestations	p 23
5.7. Organisation de la vie sociale	p 24
5.8. Bienveillance	p 24
5.9. Humanité	p 26
<b>VI. <u>LE PROJET D'ANIMATION</u></b>	<b>P 29-37</b>
6.1. Enjeux de l'animation	p 29
6.2. Définition du projet d'animation	p 29
6.3. L'équipe :	p 30
6.4. Orientations de l'animation :	p 30
6.5. Association la Fleur de l'âge :	p 35
6.6 Contact avec l'extérieur :	p 35
6.7. Journée type	p 36

**VII. LE PROJET DE SOIN : P 38-54**

7.1. Enjeux du projet de soin	p 38
7.2. Définition du projet de soin	p 38
7.3. Management des soins	p 38
7.4. Permanence et continuité des soins	p 39
7.5. Circuit du médicament :	p 40
7.6. Actes de soins spécifiques :	p 41
7.7. Prise en charge de la douleur :	p 42
7.8. Accompagnement en fin de vie :	p 44
7.9. Des prises en charge adaptées aux résidents :	p 45
7.10. Les prises en soin spécifiques :	p 49

**VIII. LE PROJET SOCIAL : P55-65**

8.1 Enjeux et définition du projet social :	p 55
8.2 Organigramme de l'établissement :	p 56
8.3 Données sociales :	p 57
8.4 Besoins en personnel	p 58
8.5 Management des ressources humaines :	P 64

**IX. LE PROJET QUALITE P 66-70**

9.1 Enjeux du projet qualité :	p 66
9.2 Définition du projet qualité :	p 67
9.3 Organisation de la démarche qualité :	p 67
9.4 Gestion documentaire :	p 67
9.5 Evaluation interne et externe :	p 67
9.6 Gestion des risques :	p 68

**X. LE PROJET ARCHITECTURAL P 71-73**

10.1 Principes de conception architecturale et fonctionnel	p 71
10.2 Aménagement des espaces	p 72

**CONCLUSION P 74**

## PREAMBULE

En 2009 notre établissement a fêté ses 25 ans d'existence. Vingt cinq années au cours desquelles notre secteur a connu de réelles évolutions dans la prise en soin de la personne âgée.

La personne âgée accueillie en 1984 n'a plus grand-chose à voir avec celle que nous accueillons aujourd'hui. Plus âgée, plus dépendante, présente moins longtemps, avec de nouveaux besoins : l'enjeu pour nos équipes est de taille.

Ce travail, réalisé en équipe pluridisciplinaire en 2010, a pour but d'adapter nos pratiques aux besoins et attentes de la population que nous accueillons, de nous adapter aux réalités de prise en soin d'aujourd'hui mais aussi à celle de demain.

C'est dans ce contexte que l'EHPAD de Cussac précise sa politique pour les cinq ans dans son projet d'établissement. Ce projet permet une mise en cohérence entre le cadre institutionnel, l'établissement et son environnement. Il répond à la réglementation et aux recommandations départementales, tout en manifestant la volonté d'amélioration continue du service rendu au résident. L'ensemble de la démarche du projet est conduit par la volonté d'aider la personne accueillie à vivre selon ses choix personnel et ses habitudes de vie au sein de la structure, dans un environnement accueillant et convivial. Ce projet d'établissement est à l'image de la dynamique des groupes pluridisciplinaires missionnés pour réfléchir à la construction de ce projet réaliste, audacieux et profondément humaniste.

Décliné sous dix grands axes de réflexion, du plus générique au plus spécifique, de la vision la plus globale à la plus individuelle, notre projet d'établissement doit répondre aux attentes de nos résidents, de leurs familles, au-delà même des exigences réglementaires. Au plus près des attentes des résidents que nous accompagnons chaque jour et pour lesquels il faut adapter en permanence une logique collective à des problématiques individuelles.

Les dix grands axes de travail sont donc les suivants :

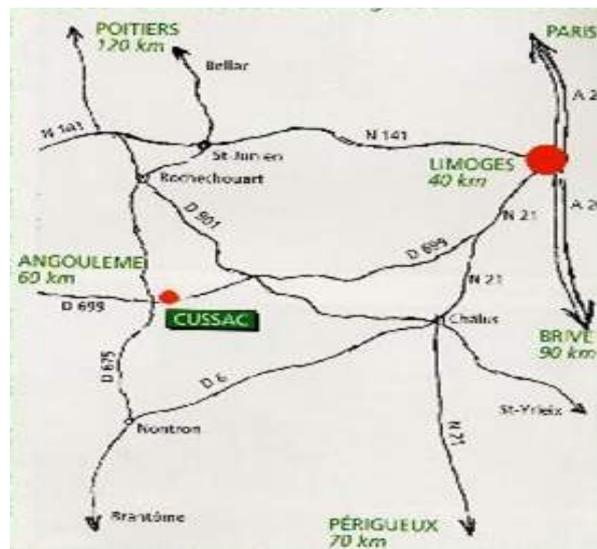
- 1. Présentation de l'environnement**
- 2. Présentation de l'établissement**
- 3. Présentation de la démarche**
- 4. Politique de l'établissement**
- 5. Le projet de vie**
- 6. Le projet d'animation**
- 7. Le projet de soins**
- 8. Le projet social**
- 9. Le projet qualité**
- 10. Le projet architectural**

## I. PRÉSENTATION DE L'ENVIRONNEMENT :

### 1.1 Situation géographique de l'établissement

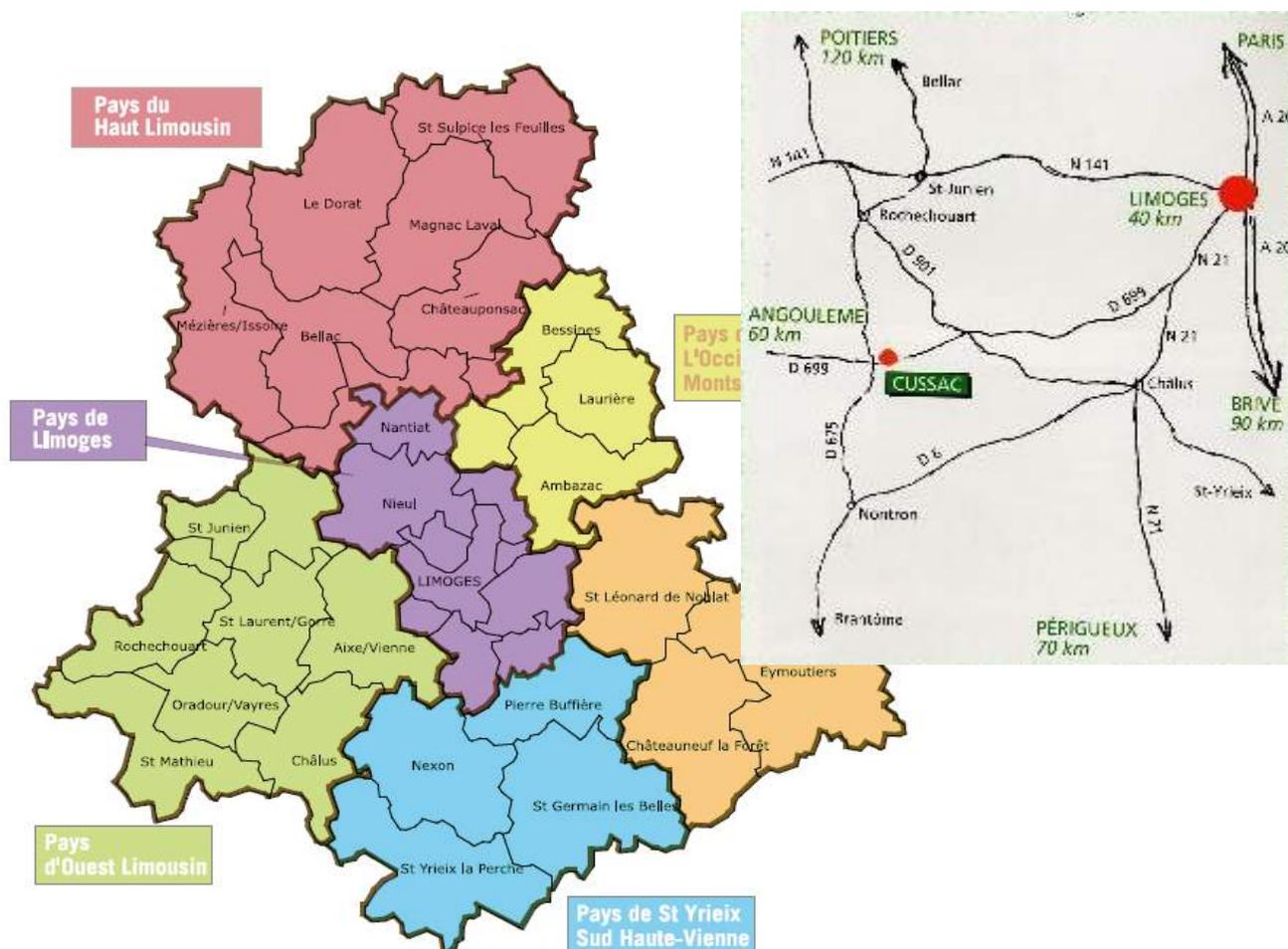
La commune de Cussac est située géographiquement au Sud Ouest du département de la Haute-Vienne.

Située au centre du bourg de Cussac dans un parc agrémenté d'un hectare, la résidence bénéficie du calme, tout en étant proche des commerces et administrations.



### 1.2 Démographie locale

L'EHPAD Dins Lou Pelou est situé à l'ouest du pays d'ouest Limousin.



## • La situation géographique régionale

Le Limousin, région la plus âgée de France... comme en 1975 :

En Limousin, trois personnes sur dix sont âgées de 60 ans et plus contre deux sur dix au niveau national. Le Limousin arrive ainsi en tête de classement des régions françaises les plus âgées et ce depuis 1975. Elle comptait 27 % de personnes âgées de 60

ans et plus contre une moyenne française de 19 %. Ce phénomène de vieillissement va perdurer dans les années à venir car si les tendances observées de 1982 à 1999 se maintiennent, un tiers des Limousins seront âgés de 60 ans et plus en 2015. À l'horizon 2030, quatre sur dix seront dans cette tranche d'âge, soient 57 000 personnes âgées de plus qu'en 1999.



Un accroissement important aux âges élevés :

Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, c'est le poids des 60 à 74 ans qui est le plus important, en Limousin comme en France. En 1999, ils représentent 17,6 % de la population totale et, à l'horizon 2030, leur part augmenterait de 4 points comme au niveau national.



En observant les différentes tranches de la population des 60 ans et plus, ce sont les 85 ans et plus qui ont le plus progressé ces vingt-cinq dernières années : leur nombre a plus que doublé sur cette période dans la région et a même été multiplié par 2,5 au niveau national. L'amélioration constante du système des soins qui permet l'allongement de l'espérance de vie est un des facteurs explicatifs. À l'horizon 2030, c'est la tranche des 75 à 85 ans qui connaîtrait la plus forte progression en Limousin comme en France, avec l'arrivée des générations du baby-boom dans cette tranche d'âge.

## • La situation géographique départementale

Le département de la Haute-Vienne comptait en 1999 environ 95 000 personnes âgées de plus de 60 ans, dont 57 500 personnes âgées de 60 à 74 ans et 37 500 personnes âgées de plus de 75 ans.

En proportion, les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient plus du quart de la population totale du département (27 %).

Population 1999	Nombre
plus de 60 ans	95 000
de 60 à 74 ans	57 500
de 75 à 84 ans	25 000
plus de 85 ans	12 500

La Haute-Vienne se situe au 22ème rang des départements les plus âgés de France.

- **La situation géographique infra départementale**

Sur le plan infra départemental, la répartition des personnes âgées sur le territoire n'est pas homogène. La part des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population totale du département est bien plus forte en périphérie du département que sur Limoges et son agglomération.

Localisation des personnes âgées de plus de 60 ans	en nombre	en %
Pays de Limoges	43 746	46,0 %
Pays de l'Occitane et des Monts d'Ambazac	5 376	5,6 %
Pays Monts et Barrages	7 909	8,3 %
Pays de Saint Yrieix - Sud Haute Vienne	9 236	9,7 %
Pays d'Ouest Limousin	17 622	18,5 %
Pays du Haut-Limousin	11 296	11,9 %
Total	<b>95 185</b>	

En particulier, l'extrême nord, le sud-est et le sud-ouest du département sont les zones où se concentrent les plus forts taux, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans représentant au moins 35 % de la population totale.

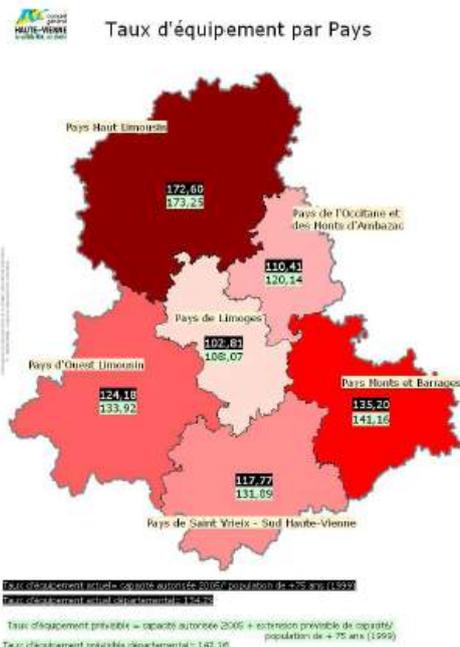
Le pays d'Ouest Limousin où est situé l'EHPAD représente la plus grande concentration de personnes âgées après l'agglomération de Limoges.

Évolution de la population	1999	2015	2030
plus de 60 ans	95 000	108 000	125 000
de 60 à 74 ans	57 500	65 500	68 500
de 75 à 84 ans	25 000	28 000	40 500
plus de 85 ans	12 500	14 500	16 000

Les projections Omphale réalisées par l'INSEE estiment à 125 000 le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans à l'horizon 2030, qui représenteront alors plus du tiers de la population totale (entre 34 et 36 % selon le scénario envisagé). Au plan régional, les projections Omphale tablent sur 40 %. Au plan infra-départemental, la moitié de la population âgée de plus de 60 ans résidera sur le Pays de Limoges contre 46 % en 1999.

### 1.3 L'environnement sanitaire et médico-social

lits ou places installés au 1.01. publics ou privés								
Source : DRASS - Enquête EHPA - FINESS - SAE								
Types d'accueil	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Hébergement permanent</b>								
<b>Maison de retraite</b>								
nombre de lits	2347	2391	2418	2418	2388	2459	2633	3030
dont section de cure médicale	1087	1134	1225	1244	1249	-	573	105
<b>Logement foyer</b>								
nombre de logements	620	575	561	576	577	577	577	569
dont section de cure médicale	0	0	0	0	0	-	0	0
<b>Hébergement temporaire</b>								
nombre de lits	54	58	67	67	69	76	76	81
<b>Services de soins à domicile</b>								
nombre de places	721	719	719	719	721	732	742	742
<b>Soins de longue durée (lits)</b>								
	1041	1109	1109	1111	1111	1141	762	593



### 1.4 la politique gérontologie nationale et locale

- Les orientations nationales :

Le gouvernement conscient de ses mutations de la population française, a proposé deux grands plans nationaux, afin d'accompagner et d'anticiper les attentes et besoins des personnes âgées.

#### Plan national « Solidarité grand âge » 2007/2012

La politique du plan national « Solidarité grand âge » repose sur 5 principes :

1- Assurer aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester à domicile.	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ être soigné à la maison</li> <li>→ développer l'offre de services à domicile</li> <li>→ soutenir des aidants familiaux (« droit au répit »)</li> <li>→ assurer la continuité entre le domicile et la maison de retraite (créer de nouvelles formes de logement)</li> </ul>
3- adapter l'hôpital aux personnes âgées → éviter les ruptures de prise en charge entre domicile et maison de retraite (accueil de jour, hébergement temporaire, service de	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ développer et labelliser les filières gériatriques</li> <li>→ resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital</li> </ul>

<p><u>soins infirmiers à domicile...)</u></p> <p>→ <u>augmenter le nombre et la formation de personnels soignants</u></p> <p>→ <u>lutter contre la maltraitance</u></p> <p>→ <u>développer une démarche qualité</u></p> <p>→ <u>maîtriser les prix et diminuer le reste à charge des résidents et des familles</u></p> <p>→ <u>poursuivre l'effort de création de places dans toute la France</u></p> <p>2- Inventer la maison de retraite de demain et permettre aux personnes âgées vulnérables de mieux y vivre.</p>	
<p>4- Garantir pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance</p>	<p>5- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention</p>

### Plan national « Alzheimer » 2008/2012

Ce nouveau plan ministériel succède aux deux premiers précédents plans de lutte contre la maladie d'Alzheimer, mis en place respectivement en 2001 et 2004.

Les grandes orientations du Plan Alzheimer 2008/2012 porte notamment sur :

- Le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie
- Le développement de la recherche médicale
- La simplification et l'amélioration du parcours du malade et de sa famille
- L'amélioration de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer d'apparition précoce

- *Les orientations régionales :*

### Politique départementale Plan gérontologie départemental 2007-2011

L'établissement s'inscrit pleinement dans :

- **Renforcer et adapter la capacité départementale des établissements d'hébergement pour personnes âgées par le biais d'une programmation chronologique et territoriale :**

- 1 - Renforcer l'équipement départemental par des extensions de capacité des établissements existants, de l'ordre de 300 places, et par des créations de nouveaux établissements pour 700 places environ.
  - 2 - Respecter la programmation chronologique et territoriale.
- Accorder les autorisations nécessaires dans les 5 premières années d'application du

schéma pour obtenir les ouvertures sous 10 ans

- Veiller à ce que les projets importants prévoient des places d'accueil séquentiel et des unités spécifiques pour certaines populations (Alzheimer ou maladies apparentées, handicapés vieillissants) en fonction du PRIAC

- Respecter le cahier des charges départemental

3 - Faire valider régulièrement par l'ensemble des partenaires (CG, CRAM, État...)

- **Apporter des réponses spécifiques aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées**

1 - Introduire dans les projets d'établissement des EHPAD un volet prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, avec toutes ses composantes (architecture, qualification du personnel, projet de vie, de soins, d'animation)

Systematiser la réalisation d'unités spécialisées lors des créations ou extensions importantes ou restructurations d'établissements

2 - Assurer des formations spécifiques aux personnels

3 - Prévoir des conventions avec le secteur de psychiatrie adulte pour des consultations dans les EHPAD à la fois pour les résidents et les personnes âgées vivant à leur domicile

4 - Prendre en compte la création de lits d'hébergement temporaire et de places d'accueil de jour dédiées à ces personnes.

## II. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSÉMENT :

### 2.1 Statut actuel et historique

La Résidence « Dins Lou Pelou » est un établissement public territorial géré par le Centre Intercommunal d'Action Sociale (C.I.A.S) Bandiat Tardoire Avenir.

La Résidence propose deux types d'accueil :

 **Un volet E.H.P.A.D** (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) destiné à l'accueil de personnes ne pouvant plus assumer seules les gestes de la vie courante. Il est composé de 46 chambres individuelles et de 2 chambres réservées à l'accueil des couples situées côté Maison de Retraite et de 18 chambres côté Foyer-Logements.

 **Un volet E.H.P.A** destiné, quant à lui, à l'accueil de personnes âgées autonomes. Il est composé de 15 studios et 3 chambres d'hôtes.

- **Historique :**

Le Foyer Logements a été créé en **1978** à l'initiative de la municipalité avec le concours de l'O.D.H.A.C. de la Haute Vienne, propriétaire, et comprenait à l'époque 33 studios. Sa mise en service date du 1<sup>er</sup> octobre **1979**.

Parallèlement s'organise un volet Maison de Retraite inauguré en **1984**, offrant fin **88** une capacité d'accueil de 48 personnes.

En **1991**, trois chambres d'hôtes non habilitées à recevoir des personnes âgées viennent s'ajouter à la résidence.

Dans la même dynamique, le Centre Communal d'Action Sociale de CUSSAC rachète le bâtiment et devient propriétaire en décembre **2003** et s'engage dans une démarche qualité par le conventionnement E.H.P.A.D., au **01 mars 2004**, de sa Maison de Retraite.

En **juillet 2006**, La capacité d'accueil de l'E.H.P.A.D passe à **61 lits** avec la médicalisation de 13 lits E.H.P.A puis au **01 janvier 2010** à 66 places soit :

44 chambres à un lit, 2 chambres à deux lits (prévues pour des couples) et de 18 chambres médicalisées dans le cadre de la restructuration du foyer logements.

- **Evolution future :**

L'étude de notre liste d'attente démontre que le nombre de demandes de personnes autonomes ou semi autonomes est quasi nul et à contrario celui des personnes âgées dépendantes très important avec une montée en puissance des cas de désorientation et de troubles psychiques.

Dans ce contexte la transformation du Foyer-Logements en E.H.P.A.D. est une impérieuse nécessité.

De plus, un certain nombre d'enquêtes révèlent que les personnes âgées vivant à domicile souhaitent y rester le plus longtemps possible en employant, le cas échéant, les dispositifs de maintien à domicile et n'envisagent l'entrée en institution qu'en dernier recours, une fois les limites du maintien à domicile atteintes c'est-à-dire à un stade avancé de perte d'autonomie.

La transformation du Foyer Logements en E.H.P.A.D. a précisément pour objectif d'optimiser notre capacité d'accueil à la satisfaction des besoins de la population âgée. Si les locaux ont globalement bien vieillis au fil des années, ils s'avèrent qu'ils ne sont plus du tout adaptés à une population en perte d'autonomie ou dépendante.

Ainsi, une réorganisation architecturale est programmée dans un avenir proche.



### Capacité future totale

décomposerait en :

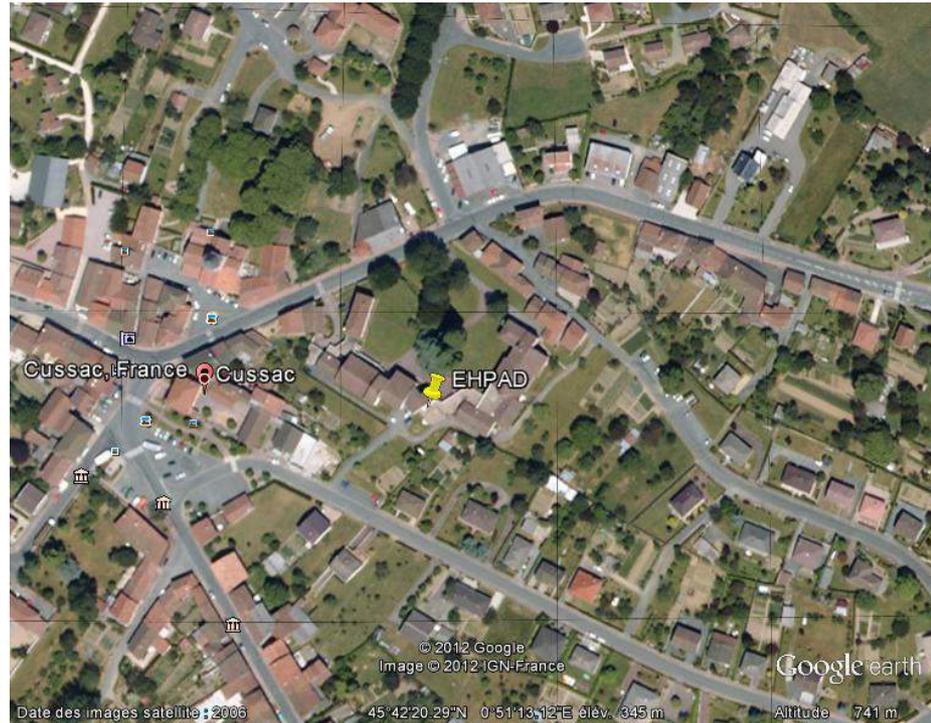
- 66 lits d' E.H.P.A.D
- 3 lits d'hébergement temporaire
- 15 lits d' U.H.R.
- 3 places d'accueil de jour.

## 2.2 Situation géographique

La commune de Cussac se trouve en Haute-Vienne, dans la région de Bandiat Tardoire, aux portes des départements de la Charente et de la Dordogne. Elle se situe à 40 kms de Limoges, 20 kms de Rochechouart, 30 kms de Nontron et 70 kms de Périgueux.

Au sein du village de Cussac, et notamment tout à proximité de la Résidence, il existe différents commerces ou services dont les résidents peuvent bénéficier :

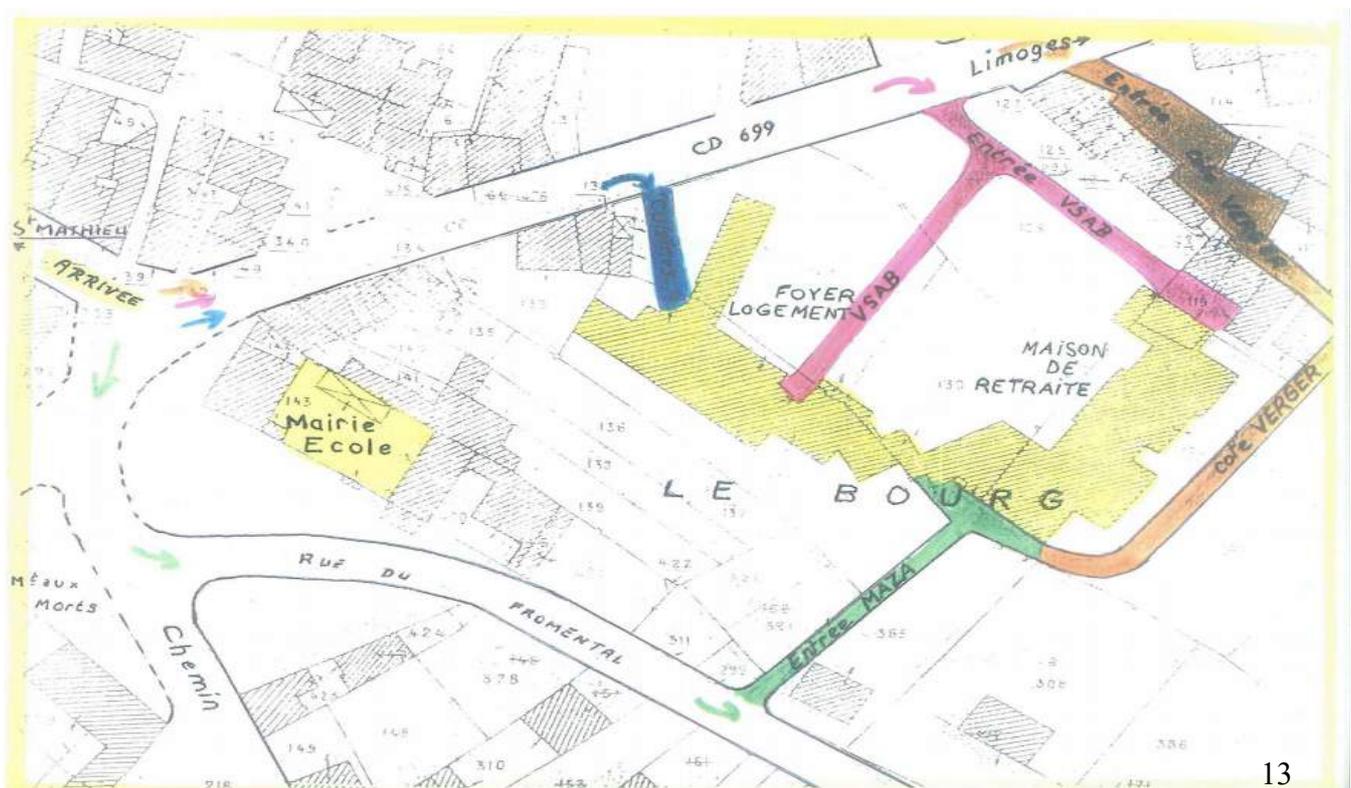
- un commerce alimentaire
- une boulangerie-pâtisserie
- une papeterie
- une pharmacie
- des cabinets de médecins généralistes
- un kinésithérapeute
- un service ambulancier
- des coiffeurs
- des taxis
- une bibliothèque municipale, etc.



### 2.3 Présentation des locaux

L'E.H.P.A.D de CUSSAC se trouve en Haute-Vienne dans la région Bandiat Tardoire, aux portes des départements de la Charente et de la Dordogne. Elle se situe à 40 kms de Limoges, 20 kms de Rochechouart, 30 kms de Nontron et 70 kms de Périgueux.

### Plan de masse :



### 2.4 Evolution du prix de journée

	2006		2007	2008	2009	2010
<b>Chambre 1 lit</b>	45.99	45.99	46.90	47.68	48.43	49.20
<b>Chambre 2 lits</b>	43.90	43.90	44.76	45.50	46.22	46.96
<b>Chambre transférée</b>	/	36.99	37.78	38.41	39.01	41.52
<b>- 60 ans</b>	52.70	50.18	50.99	52.68	53.82	54.90

\* tarif hébergement + ticket modérateur

	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010
<b>Chambre 1 lit</b>	+ 1.98 %	+ 1.66 %	+ 1.57 %	+ 1.58 %
<b>Chambre 2 lits</b>	+ 1.95 %	+ 1.65 %	+ 1.58 %	+ 1.60 %
<b>Chambre transférée</b>	+ 2.13 %	+ 1.66 %	+ 1.56 %	+ 6.43 %
<b>- 60 ans</b>	+ 1.61 %	+ 3.31 %	+ 2.16 %	+ 2.00 %

### 2.5 Principaux chiffres de l'activité soins

La capacité de l'établissement est de 66 lits répartis de la manière suivante :

- 46 chambres simples côté EHPAD,
- 2 chambres doubles côté EHPAD,
- 18 studios médicalisés côté Foyer Logements.

	2006	2007	2008	2009	2010
--	------	------	------	------	------

Journées réalisées	Hébergement	8482	10965	21730	21625	21702	23466
	Hospi.	62	253	447	611	347	472
	Théorique	8688	11224	22265	22326	22265	24090
Taux d'occupation		98.34%	99.95%	99.60%	99.60%	99.03%	99.37%
Nombre d'entrées			30	17	10	20	23
Nombre de sorties			14	16	10	19	19

Les résidents admis au sein de l'EHPAD de Cussac proviennent en majorité de leur domicile mais ils peuvent également provenir du Foyer Logements ou d'un autre établissement :

Pour 2010 :

- Foyer-Logements : 30.43 % (7)
- Famille : 4.35 % (1)
- Domicile : 52.17 % (12)
- CH. Esquirol : 4.35 % (1)
- CH. St Yrieix : 4.35 % (1)
- EHPAD 56 : 4.35 % (1)

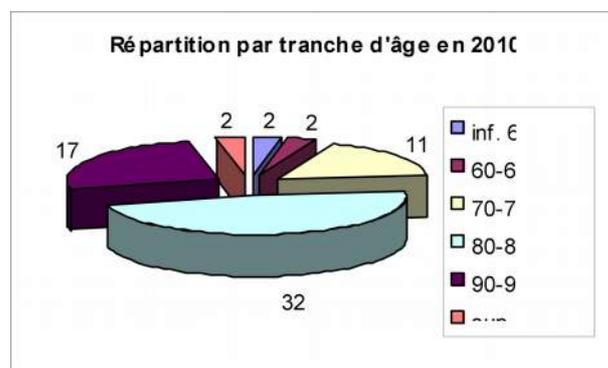
## 2.6 Caractéristiques de la population accueillie

- *Age et sexe des résidents :*

Au 31/12/2011 la population accueillie par la maison de retraite présentait les caractéristiques suivantes :

L'âge	Nombre de résidents	Taux
Hommes	23	34.85%
Femmes	43	65.15%
Ensemble	66	100%

• *Origine géographique des résidents :*



Nous pouvons noter qu'une large partie des résidents proviennent de la communauté de communes Bandiat Tardoire Avenir (66.66 %). Ce chiffre traduit la volonté première de l'établissement qui est d'accueillir la population issue de son territoire.

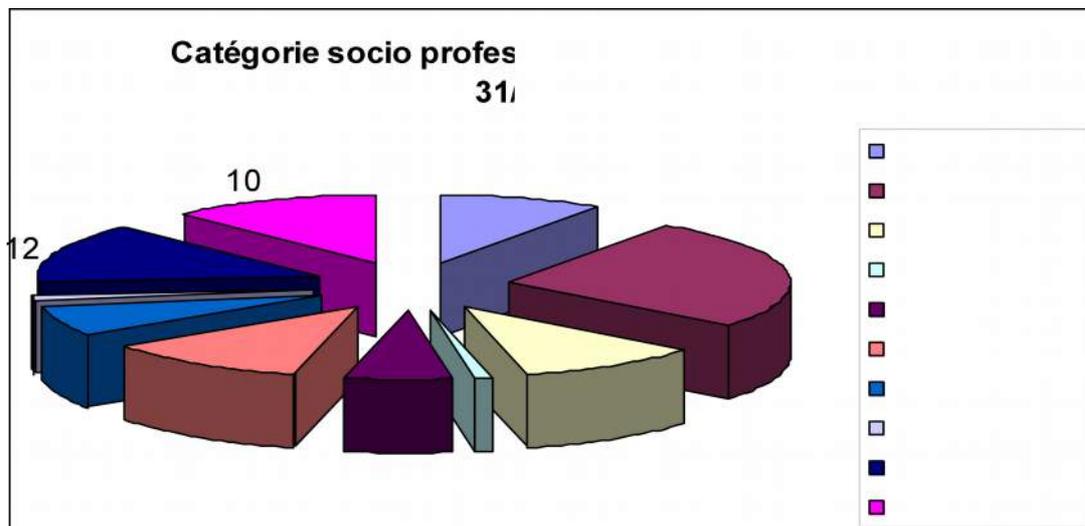
- *Evolution de la dépendance des résidents :*

Profil de dépendances des résidents de 60 ans et plus au 31/12/2010	
GIR 1	6
GIR 2	20
GIR 3	16
GIR 4	18
GIR 5	5
GIR 6	0
Total résidents	65 Valeur du GIR moyen pondéré : <b>648,77</b>

	2006	2007	2008	2009	2010
Evolution du GMP	629.17	600.33	600.33	629.17	645.38

- *Origine socioprofessionnelle des résidents :*

Le graphique ci dessous montre les différentes professions exercées par les résidents présents au sein de la maison de retraite sur l'année 2010 :



Nous pouvons nous apercevoir qu'une majeure partie des résidents sont issus de catégories aux revenus modestes c'est pourquoi l'EHPAD de Cussac a toujours voulu limiter l'augmentation de son prix de journée.

### III. PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE :

**Le projet** d'établissement est un document fondateur ou plutôt refondateur qui permet à la maison de retraite de définir, à partir des valeurs qu'elle défend, sa stratégie pour les années à venir au travers des objectifs fixés en précisant les actions et les moyens à mettre en œuvre pour s'acquitter de sa mission.

Le présent projet d'établissement de la maison de retraite de Cussac s'est construit par étapes successives et avec la participation active des professionnels intervenant dans la structure. Pour ce faire, différents groupes se sont constitués afin d'aboutir à la rédaction des différents axes de réflexions constituant à terme le présent ouvrage :

- ◇ Le projet de vie
- ◇ Le projet de soins (qui est un des éléments du projet de vie et doit donc en respecter la démarche et les valeurs)
- ◇ Le projet qualité
- ◇ Le projet social
- ◇ Le projet architectural

Des groupes de travail ont été constitués par thème, afin de mobiliser les professionnels compétents pour chaque axe du projet d'établissement qui les concerne.

Chaque groupe s'est réuni à plusieurs reprises d'octobre 2010 à janvier 2011.

#### ◇ **Etape 1 : conception de la démarche**

La direction et l'encadrement ont défini les principes de la démarche d'élaboration du projet d'établissement, afin que ce dernier respecte et traduise les valeurs de la maison de retraite.

#### ◇ **Etape 2 : diagnostic**

L'établissement a décidé de reprendre l'auto-évaluation (basée sur le référentiel « angélique ») réalisée en 2009 et la liste des actions émises à la suite de cet état des lieux classé par ordre de priorité.

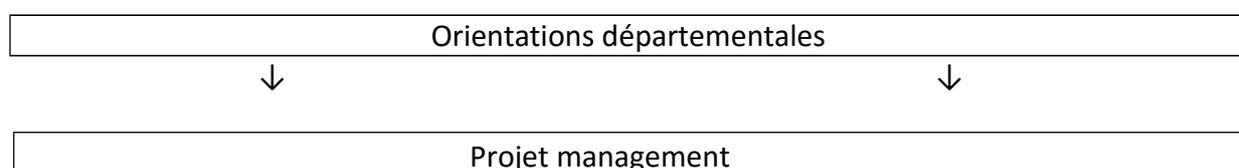
#### ◇ **Etape 3 : formulation d'orientations**

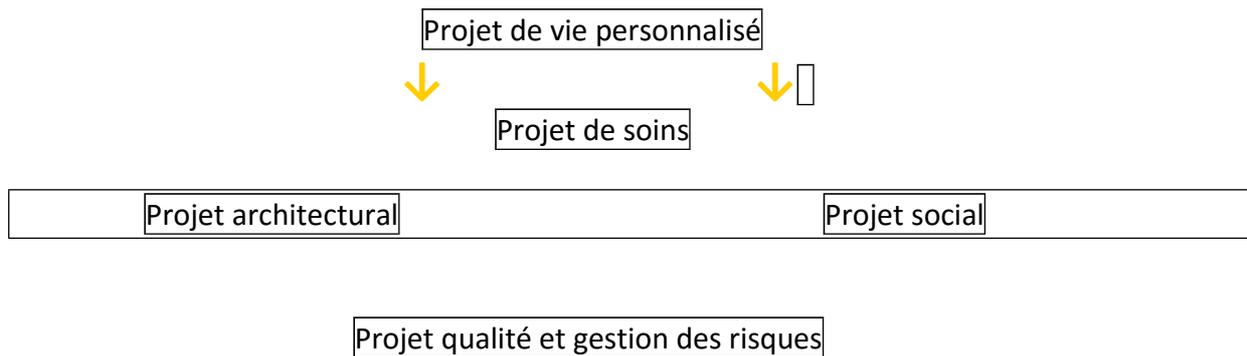
Des orientations générales de l'établissement pour les années à venir ont été définies par la direction, qui répondent aux orientations du schéma gérontologique du département. La mission générale de l'établissement est également rappelée.

#### ◇ **Etape 4 : définition du plan d'action**

Le plan d'action pour les années à venir a été élaboré lors des réunions des groupes de travail pluridisciplinaires.

La cartographie des processus ci-dessous représente et retraduit chaque composante de l'activité de la structure en éléments du projet d'établissement.





#### ◇ **Etape 5 : Formalisation du projet**

La formalisation du projet permet de conserver une trace de la réflexion menée lors de son élaboration : définition des valeurs et missions de l'établissement, principales orientations en matière de développement de la structure. Le projet d'établissement écrit est également un outil de pilotage de la structure.

#### ◇ **Etape 6 : Validation du projet**

La validation du projet a été réalisée par les participants des groupes de travail. Un dernier regard sur l'ensemble du projet est porté par le directeur de la maison de retraite.

#### ◇ **Etape 7 : Mise en œuvre**

L'ensemble des actions retenues dans le projet d'établissement seront réalisées au cours des 5 années à venir.

#### ◇ **Etape 8 : Evaluation et actualisation**

Une réactualisation du projet sera nécessaire, notamment dans le cadre de l'évaluation et du suivi des actions.

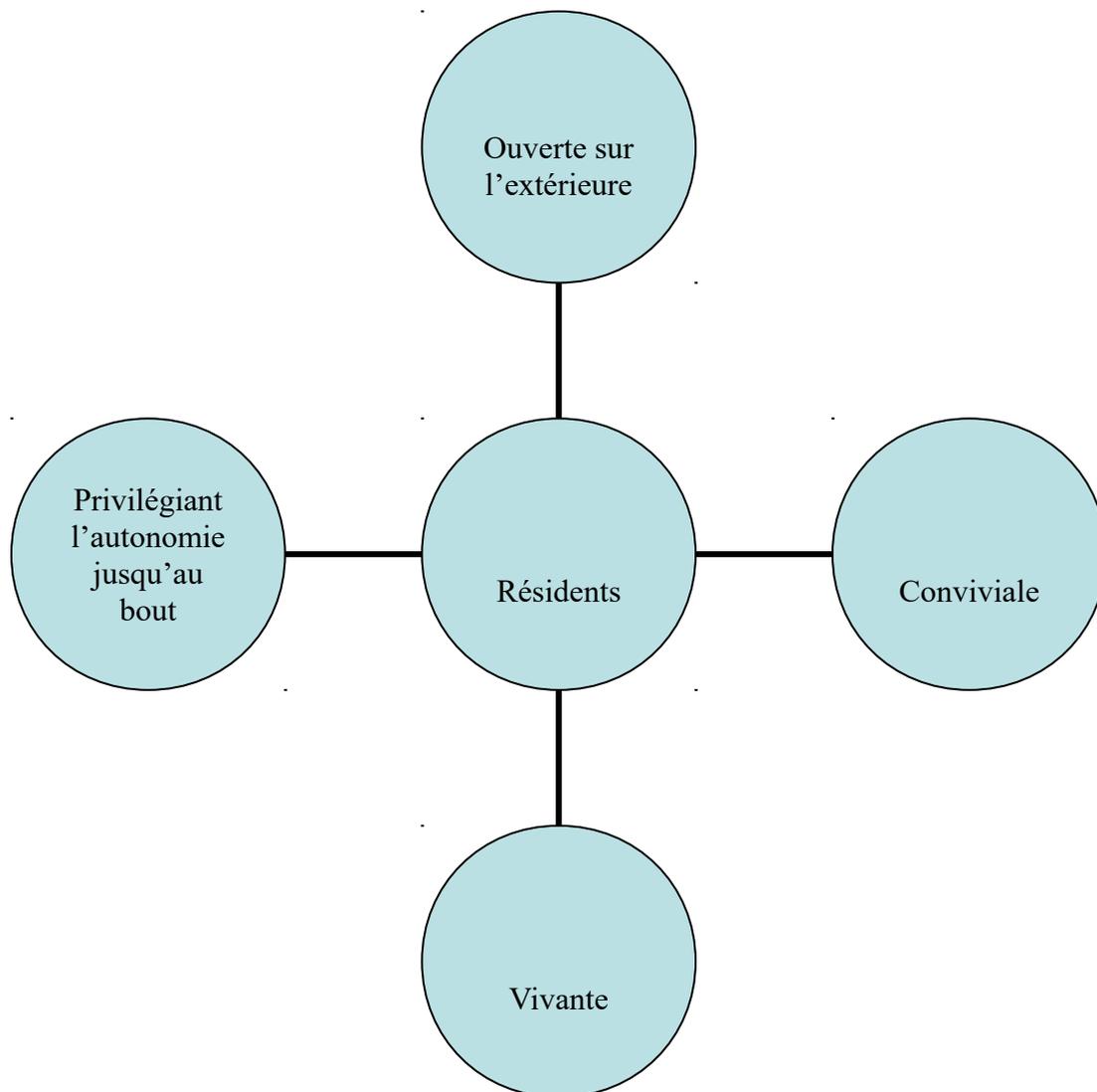
## IV. POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT :

### 4.1 Missions de l'établissement :

L'EHPAD de Cussac accompagne avec **humanisme** des personnes âgées dans la dignité **jusqu'a la fin de la vie** en leur laissant un maximum d'**autonomie** et de **plaisir**. Ces personnes sont issues du secteur de la communauté de communes Bandiat Tardoire Avenir.

### 4.2 Philosophie générale :

L'ensemble du projet d'établissement et les actions quotidiennes en faveur des personnes accueillies qui en découlent sont la traduction des valeurs suivantes :



### 4.3 Politique générale :

## « Donner de la VIE aux années et non des années à la VIE. »

Chaque maison de retraite doit avoir un projet d'établissement spécifique, qui définit la façon dont elle souhaite accueillir les Résidents et la manière dont ils vont y vivre.

Avant de décider de l'inscription dans une maison, le résident et son entourage doivent prendre connaissance de ce projet de vie et voir s'il convient et correspond à leurs conceptions.

Nous ne prétendons pas vouloir, ni pouvoir, répondre à tous les besoins, ni à tous les désirs mais mettrons tout en œuvre pour satisfaire au mieux chacune des personnes accueillies.

**Nous considérons la vieillesse comme une étape de la VIE** et non comme une maladie. Cela veut dire que le Résident est une personne avec des besoins physiques, psychiques et spirituels, en interaction permanente avec d'autres, ce qui implique une approche globale. De ce fait, si le soin est bien entendu pris en compte au quotidien par une équipe interne, il ne doit pas envahir toute la vie de la maison. Au-delà de la dépendance et des effets du vieillissement, la vie continue et ne peut se réduire aux soins.

### Conviviale :

**Nous privilégions un accompagnement personnalisé du Résident**, pour prendre en compte au mieux son originalité, son histoire. Nous souhaitons privilégier le projet individuel du Résident afin d'adapter au plus juste nos actions à ses besoins afin de limiter les contraintes de la vie en collectivité et les effets de la vie institutionnelle.

Nous souhaitons nous référer au concept d'Humanitude qui reprend celui plus ancien du « prendre soin ». Il s'agit de favoriser une approche individuelle du soin plus respectueuse du rythme et des particularités de chacun. Grâce à des techniques de soin adaptées, il convient de développer une approche humaine où l'attention portée au regard, au toucher et à la parole favorise le bien être, réduit l'agressivité, le mal être ou l'opposition.

Ce type d'action de soin, veut témoigner de notre volonté de respecter la dignité du Résident, de lui permettre de rester debout le plus longtemps possible, tout en invitant les familles à s'y associer.

**Nous voulons apporter un environnement chaleureux et convivial** au Résident et à sa Famille. Ce type d'organisation favorise chez le Résident le sentiment d'appartenance et de reconnaissance.

Nous souhaitons que la vie s'articule entre le lieu individuel qu'est la chambre du Résident et les lieux collectifs dans lesquels se vivent des temps partagés, notamment ceux des repas auxquels nous portons une attention particulière. Mais surtout nous privilégions la qualité de la relation avec la personne âgée et son entourage.

### Vivante :

**Nous voulons que l'animation dépasse le cadre des seules activités ponctuelles** (manuelles, intellectuelles, physiques), pour mieux répondre aux nouveaux besoins du vieillissement des résidents que nous accueillons. Aujourd'hui, l'animation favorise la vie de l'établissement, tout en apportant une réponse de proximité aux besoins quotidiens **individuels**.

L'animation fait partie de l'accompagnement **individualisé des Résidents**, au plus proche de son quotidien. Aujourd'hui compte tenu du vieillissement des Résidents et de leur niveau de dépendance, l'animation tend à être moins collective, moins volontariste et stimulante, pour favoriser plus l'attention et l'écoute au travers de moments partagés, laissant plus de place à la spontanéité et à l'échange. Notre volonté est d'offrir une palette d'activités, des temps et des espaces divers.

### Ouverte sur l'extérieur :

**Nous voulons maintenir les relations existantes** de la personne avec son entourage familial et amical. Notre emplacement dans le bourg, l'ouverture de l'établissement et notre travail en réseau, répondent à cette volonté, ce qui permet au Résident de rester en contact avec la vie extérieure.

**Nous voulons impulser l'accompagnement de l'entourage** du Résident et non nous substituer à lui. Notre volonté est de travailler en confiance avec l'entourage, conscients de ce que représente pour lui, les difficultés engendrées par la dépendance de son proche. Nous ne voulons pas nous inscrire ni dans la suspicion, ni dans la menace. Nous voulons anticiper avec l'entourage les différentes étapes du vieillissement afin qu'elles puissent se vivre harmonieusement.

### Privilégiant l'autonomie jusqu'au bout :

**Notre mission est d'accompagner le Résident jusqu'à la fin de sa vie**. A une obstination déraisonnable, nous privilégions les soins de confort et l'accompagnement y compris spirituel, en y associant autant que possible l'entourage. Dans l'esprit de la loi Léonetti, nous voulons inscrire nos actions dans une démarche de soins palliatifs que nous devons savoir anticiper en concertation avec l'entourage, le médecin traitant et toute l'équipe.

**Le personnel** doit se sentir bien dans l'exercice de ses fonctions pour aider le Résident, pour l'accompagner. Aussi, nous développons un mode de gestion du personnel de type participatif, basé sur le travail de groupe, la concertation, la complémentarité.

Nos actions, pour s'inscrire dans le projet d'établissement, reposent sur une équipe pluridisciplinaire, composée de l'ensemble des métiers de l'établissement (soins, hôtelier, administratif, services généraux...), ce qui implique pour le personnel des qualifications (savoir faire) et des capacités (savoir être) certaines ainsi que des temps de transmissions et

d'échanges. Egalement, le travail en réseau avec des établissements, services ou associations extérieurs à l'établissement complète nos actions.

L'augmentation du vieillissement, de la dépendance tant physique que psychique, font que nous développons la compétence et le professionnalisme des agents par le biais de formations continues et / ou qualifiantes, dans la limite des moyens qui nous sont attribués.

## V. LE PROJET DE VIE :

### 5.1. Enjeux du projet de vie

L'entrée en établissement est souvent décidée du fait de difficulté à assumer seul les actes de la vie courante. Cependant, la maison de retraite doit être un véritable lieu de vie chacun peut continuer à vivre au plus près de ses choix antérieurs. Un lieu où le plaisir est possible, des relations avec les autres, des choix possibles, du respect et de la liberté.

### 5.2. Définition du projet de vie

Le projet de l'EHPAD de Cussac est de pouvoir proposer une résidence où chaque habitant puisse aménager un « chez soi » et y mener une vie ordinaire à caractère familial : un lieu de vie ouvert, composé de domiciles individuels et collectifs autour de rues vivantes où habitants et passants sont acteurs au quotidien.

Nous voulons également connaître le mieux possible nos résidents afin de pouvoir répondre à leurs attentes et leur proposer un accompagnement correspondant à leur besoin tout en conservant leurs habitudes de vie.

### 5.3. L'accueil en établissement

L'accueil en établissement est un moment majeur de la vie en institution ainsi, un groupe de travail a réfléchi à la question de l'accueil en institution en 2010.

- *Pré-admission :*

- L'accueil téléphonique est réalisé par le secrétariat en cas d'absence le service soin est joignable.
- Une visite de pré-admission est systématiquement proposée, si celle-ci n'est pas envisageable une visite à domicile est réalisée par le médecin coordonnateur ou l'infirmière référente et /ou la psychologue. Un dossier de pré-admission est complété, il comprend des renseignements administratifs et médicaux, les motivations de l'admission, les grilles PATHOS et AGGIR.
- Lors de l'admission le directeur prend contact avec la famille et le résident afin de présenter l'établissement. Lors de cette rencontre divers documents sont remis : livret d'accueil, contrat de séjour, règles de vie, charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

- *Admission :*

Le jour de l'arrivée du résident tout est mis en œuvre pour qu'il se sente le mieux possible. Ainsi, le nom du résident est déjà inscrit sur la porte et une fleur lui est offerte. Les admissions se font par le personnel infirmier en début d'après midi.

- Personnel référent : Un soignant référent est toujours nommé, il doit faciliter l'intégration du résident dans l'établissement. Ainsi, des temps de rencontre sont prévus à l'issue de la première semaine et du premier mois de vie dans la structure.
- Famille : Les familles sont également reçues par la psychologue à la fin du premier mois de vie dans l'institution.
- Un référent familial et la personne de confiance sont identifiés. La mise à jour est réalisée dans le dossier du résident.

Ce travail a permis de mettre en place un parcours d'intégration des résidents accueillis afin qu'à chacune des étapes le résident et la famille puissent se sentir accompagnés en vue d'assurer en douceur la transition du domicile à l'institution. Cet accompagnement permet également de nouer des relations sur les besoins et attentes des résidents et de leur famille. Des procédures ont été réalisées et présentées à l'ensemble du personnel.

#### 5.4. Projet de vie individualisé

- *Définition :*

L'objectif principal de l'établissement de Cussac est d'intégrer au mieux les résidents et de leur proposer un projet de vie répondant à leurs attentes et à leurs besoins. Le tout en vue de maintenir leurs acquis mais également de continuer à vivre dignement et avec plaisir.

Conscient que la finalité principale de l'activité de la maison de retraite est le bien être du résident, l'EHPAD de Cussac **souhaite faire de sa préoccupation première** la prise en compte des attentes et des besoins de la personne accueillie. Il s'agit donc de réfléchir à une organisation optimale qui permette de prendre en compte chaque personne dans sa singularité. La finalité de ces nouvelles pratiques serait le maintien de l'autonomie et de la liberté de chaque personne âgée.

Il s'agit de passer de la « prise en charge » à la « prise en compte » et du « soin » à « l'accompagnement » de la personne.

- *Etat des lieux :*

Une première étape a été franchie lors de la réalisation du travail autour de l'accueil. Ainsi, une rencontre est organisée au sein de l'établissement ou au domicile du résident. De plus, le recueil des habitudes et de l'histoire de vie des résidents sont réalisés dès l'admission. A ce titre la rencontre qui a lieu un mois après l'admission avec la famille permet d'avoir des informations importantes.

Une présentation des résidents entrants est systématiquement faite lors du STAFF.

La structure ne rédige pas à l'heure actuelle de projet de vie personnalisé. Cependant, nous essayons de tenir compte des habitudes de vie de la personne notamment lors du lever ou encore dans les propositions d'animations que nous pouvons faire.

- *Perspectives :*

Afin de développer cet aspect du projet d'établissement un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué.

Il aura pour objectif de réfléchir aux valeurs fondamentales du projet de vie et ses modalités de mises en œuvre :

- Qu'est ce qu'un projet de vie personnalisé ?
- Comment impliquer le résident et ses proches dans la co-construction de ce projet ?
- Quelles sont les modalités et les fréquences de réévaluation de ce projet ?
- Comment coordonner les différentes démarches ?
- Quels documents mettre en œuvre pour suivre les projets de chacun ?

Les orientations de l'établissement **au titre des projets de vie personnalisés** sont les suivantes :

- ⇒ Maîtriser l'organisation et la définition du projet de vie personnalisé
- ⇒ Mettre en place un document de suivi des projets de vie personnalisé
- ⇒ Former le personnel à la définition des projets de vie personnalisé
- ⇒ Modifier l'organisation de manière à pouvoir respecter les habitudes de vie et les attentes des résidents

### 5.5. Droits et liberté

- *Chartes :*

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante est affichée. De même, elle est remise à chaque résident avec le livret d'accueil et à chaque membre du personnel lors de son arrivée.

- *Culte :*

Une chapelle existe dans la structure actuelle et sera créée dans la future extension. Une messe a lieu tous les quinze jours et constitue un moment extrêmement important pour les résidents. Ce local pourra en cas de besoin être utilisé pour d'autres cultes religieux.

- *Protection des biens :*

L'information aux résidents et aux familles est réalisée par les documents remis à l'entrée : contrat de séjour, règles de vie.

Un inventaire des bijoux et biens personnels est réalisé lors de chaque admission.

De nombreux résidents souhaitent confier leurs biens au secrétariat cependant un travail va être réalisé avec le trésorier afin que ce dernier conserve les biens confiés.

- *Liberté d'aller et venir :*

Les résidents et leur famille ont accès à tout moment de la journée à leur chambre et aux lieux de vie collectifs. Cependant, il est difficile de permettre aux résidents ayant des troubles du comportement de sortir régulièrement.

- *Dignité de la personne accueillie :*

Les soins sont effectués en garantissant la pudeur et le respect de l'intimité des résidents. Le groupe précise cependant qu'une attention particulière doit être portée à la tenue vestimentaire des résidents allant en salle à manger le soir.

- *L'espace privatif du résident :*

Le résident dispose de sa propre chambre. Cette dernière constitue un espace privatif et il lui est conseillé de la personnaliser au maximum et ce avant son admission.

## 5.6. Les prestations

- *Restauration :*

Les repas sont confectionnés par la cuisine de l'établissement. L'objectif principal du service restauration est de réaliser des repas de qualité et adaptés à la population du limousin.

Les résidents choisissent leur place à table (dans la limite des possibilités de la salle à manger) hormis au moment où ils deviennent dépendants. A partir de ce moment et pour un meilleur accompagnement, ils sont regroupés dans une petite salle à manger.

Les familles ont la possibilité de manger avec leurs proches, cependant nous ne disposons pas de salle à manger privative pour les familles.

A ce jour nous ne sommes pas en mesure de respecter les goûts et dégoûts alimentaires bien qu'un recueil soit effectué lors de l'admission.

Les menus sont contrôlés par une diététicienne et la commission des menus se réunit tous les trimestres (voir ci-dessous). Chaque menu est décliné pour les résidents ayant des troubles de mastication et de déglutition. Par ailleurs, les plats principaux sont préparés en mixés de manière différenciée en ce sens les aliments conservent leur goût.

Par ailleurs, les menus sont affichés dans chacune des salles à manger de l'établissement et sont distribués aux résidents.

- *Entretien des locaux :*

L'entretien des locaux est assuré par les agents de l'établissement. Les locaux communs sont entretenus tous les jours, alors que l'entretien des chambres est fait trois à cinq fois par semaine. Le personnel est formé tous les ans à l'hygiène des locaux. Une partie des procédures de nettoyage ont été rédigées.

- *Prise en charge du linge :*

Le linge est entretenu par le personnel de l'établissement. La lingère effectue le ramassage et la distribution tous les jours. Le marquage de ce dernier est à la charge des familles. Lors du travail sur le projet d'établissement il a été envisagé la possibilité de travailler avec les résidents sur le pliage du linge.

- *Salon de coiffure :*

Un salon de coiffure est mis à disposition des coiffeuses qui interviennent au sein de l'établissement. Ce dernier est vétuste et mal situé, il a été prévu d'en faire un neuf recentré vers l'unité de vie.

L'orientation de l'établissement <b>au titre des prestations proposées</b> est la suivante :
--

⇒ Réaliser un salon de coiffure adapté
--

## 5.7. Organisation de la vie sociale

- *Conseil de la Vie Sociale :*

Un Conseil de la Vie Sociale a été mis en place au sein de l'établissement. Ce dernier est présidé par un représentant des familles et comprend des résidents élus pour trois ans. Ce Conseil de la Vie Sociale regroupe l'ensemble des résidents et des familles présents au sein de l'institution et se réunit trois fois par an.

Par ailleurs ; nous envisageons de créer deux organes complémentaires que serait le conseil de la vie sociale et le conseil des familles. Le premier se réunirait les après midi et ne comporterait qu'un groupe restreint de résidents, de familles et de membres du personnel. Le second impliquerait l'ensemble des familles.

Un cahier est également mis à disposition à l'entrée afin de recueillir les avis des familles.

- *Commission restauration :*

Une commission restauration se réunit tous les trimestres. Elle regroupe : Directeur, Médecin Coordonnateur, Infirmière, Aide soignant, Agent, Hôtelière, Résidents. Cette commission permet de valider avec l'équipe présente les différents menus mais aussi de recenser les envies des résidents.

- *Circulation de l'information :*

Des panneaux d'affichages sont disposés dans les circulations et les salles à manger. De plus, les menus sont distribués aux résidents, ces derniers comportent également les animations de la semaine.

Afin, de développer l'information autour de la structure et de maintenir le lien avec des familles de plus en plus éloignées nous souhaitons mettre en place un site internet.

Les orientations de l'établissement **au titre de la vie sociale** sont les suivantes :

- ⇒ Mettre en place un CVS différencié du conseil des familles
- ⇒ Rédiger un règlement intérieur du CVS.
- ⇒ Développer les moyens de communication moderne afin de maintenir le lien avec la famille : webcam...
- ⇒ Mettre en place un site internet
- ⇒ Respecter les goûts et dégoûts alimentaires

## **5.8. Bienveillance**

La bienveillance et le bien être du résident sont des enjeux majeurs du projet d'établissement de l'EHPAD de Cussac. La politique de bienveillance est mise en place au quotidien par les équipes et débute à l'entrée dans l'institution jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. Par ailleurs, la perception des résidents et des familles telle qu'elle paraît dans les écrits et les dires (courriers, réunions du CVS...) montre le déploiement de cette politique au quotidien.

La politique de bienveillance est visible tout au long de la lecture du projet d'établissement et montre aussi à quel point cet élément est un enjeu majeur pour la structure :

- Personnalisation de l'accueil et de l'intégration du résident : visite préalable à l'admission, offre de fleur le jour de l'arrivée... (voir chapitre 2 : l'accueil en établissement.)
- Définition du projet individuel avec le résident et la famille : recueil des habitudes de vie (voir chapitre 2 : l'accueil en établissement), respect des horaires de lever (Projet de soin 3.actes de soins spécifiques ; toilettes)
- Permettre aux usagers de s'exprimer : CVS... (voir Projet de vie ; 5.8 Organisation de la vie sociale)
- Engagement fort de la direction : objectif annuel, formation...
- Développer une politique de formation en faveur du personnel (voir projet social),
- Permettre au personnel d'échanger sur ses pratiques (voir projet social)

Ainsi, nous souhaitons continuer à développer notre politique bientraitance en appliquant la définition suivante : « la bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance » (La bientraitance : Définition et repères pour la mise en œuvre, ANESM).

Plusieurs actions ont été menées et vont être développées dans cette optique :

- *Rôle de l'encadrement :*

Le rôle de l'encadrement est primordial dans le développement d'une politique bientraitance. La promotion de la bientraitance fait partie des objectifs annuels fixés par la direction.

Ainsi, lors des entretiens professionnels cette thématique est systématiquement évoquée avec les agents en vue d'analyser le fonctionnement de l'établissement et les pratiques de l'agent.

L'infirmière référente et le médecin coordonnateur sont régulièrement questionnés sur cette thématique.

Lors de l'intégration d'un nouvel agent cette thématique est toujours abordée. De même, la formation mise en place par la psychologue (voir ci-dessous) est quasi systématiquement réalisée.

Lors des bilans de stages, les stagiaires ont également l'occasion d'échanger sur ce point et d'apporter leur avis sur le niveau de qualité de l'établissement.

- *Formation du personnel et analyse des pratiques :*

L'ensemble du personnel a été sollicité sur le sujet de la bientraitance en 2010. En effet, la psychologue a réuni tous les professionnels de la structure (IDE, AS, Cuisinier...) afin de travailler sur cette thématique au cours de réunions en comités restreints : 10 à 12 personnes. Lors de cette réunion les éléments suivants ont été évoqués :

- Définition de la notion de bientraitance/maltraitance,
- Visionnage du film 24 heures en EHPAD,
- Echanges autour du film et des pratiques de la structure.

Ce travail a permis à l'équipe de prendre du recul par rapport à ces pratiques mais aussi d'identifier des axes d'amélioration. Ce travail sera reproduit régulièrement notamment en vue d'informer les nouveaux arrivants.

A la suite de cette formation, une deuxième session de deux jours a été proposée à une grande partie de l'équipe soignante. Cette formation a été réalisée par une formatrice extérieure et a été un moment fort de réflexion autour de cette thématique. Par ailleurs, des formations sont proposées tous les ans sur ce thème.

- *Mise en place d'un comité de vigilance :*

Afin de poursuivre cette démarche d'évaluation, l'établissement souhaite mettre en place un comité de vigilance. Ce dernier serait composé de : Directeur, Médecin coordonnateur, Infirmière référente, Infirmière, 2 Aide soignantes, 2 Agents, Psychologue, Animatrice.

Ce groupe aura pour objectif de :

- permettre au personnel de s'exprimer sur les pratiques de l'établissement,
- définir les axes d'amélioration à mettre en œuvre,
- mener une réflexion sur les cas pratiques proposés dans la recommandation : « Mission du responsable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (ANESM).
- mettre en place une charte bientraitance.

### **La mise en place de ce groupe est attendue comme un élément essentiel de l'évaluation et de l'amélioration de la politique bientraitance de l'établissement.**

- *Recueil des plaintes :*

En cas de plaintes d'un membre du personnel, d'un résident ou d'une famille l'information est systématiquement traitée par la Direction et ce quelque soit son niveau de gravité. Suite à cette plainte la direction recueille l'ensemble des éléments jugés nécessaires pour valider ou invalider les éléments fournis.

Cette analyse se fait extrêmement rapidement. A la suite de cette réflexion la direction prend des mesures proportionnelles à la gravité des faits et en informe le résident et sa famille (ou son représentant).

Cependant, il n'existe pas à l'heure actuelle de procédure de gestion des cas de maltraitance.

Les orientations de l'établissement **de la bientraitance** sont les suivantes :

- ⇒ Mettre en place le comité de vigilance.
- ⇒ Rédiger une procédure de suivi d'un cas de maltraitance
- ⇒ Travailler sur les cas concrets évoqués dans le document « Mission du responsable de l'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » (ANESM).

### **5.9. Humanitude**

Afin de pérenniser et de développer la politique de bientraitance décrite ci-dessus l'établissement souhaite centrer son projet d'établissement autour de la philosophie de l'humanitude.

- *Définition :*

Le concept d'humanité repose sur une définition de l'homme comme animal communiquant doté de capacités et vivant dans un milieu particulier, ce qui implique des besoins propres à l'espèce humaine. Ce concept a été popularisé et adapté aux soins des personnes âgées par Yves Gineste et Rosette Marescotti il y a 30 ans. La méthode ainsi mise au point a montré son efficacité vis-à-vis des personnes atteintes de maladies neurodégénératives de type Alzheimer et apparentées. Elle vise à restituer à la personne sa dignité d'être humain et s'inscrit ainsi dans une démarche de bienveillance.

Cette nouvelle approche des soins donnés aux personnes âgées repose sur quatre piliers :

- Parole : La parole demeure notre principal moyen de communication et de mise en contact avec autrui. C'est grâce à elle que nous possédons une pensée discursive car « c'est dans les mots que nous pensons ». Si l'Homme se définit dès la philosophie antique comme un animal rationnel, c'est par l'existence de la parole que nous possédons ce statut. Ainsi la parole demeure importante dans les soins puisqu'elle permet aux patients et aux soignants de se définir comme Êtres humains.

- Regard : Dans les cas de démences, l'impossibilité de la parole, ne sonne pas le glas de la communication. En effet, le regard demeure, il est notre premier outil de communication. Dès nos premiers jours, alors que la parole ne peut encore être mobilisée, le regard est une communication non-discursive qui demeure extrêmement expressive. Alors que les mots ne sont pas encore possibles, ne sont plus possibles, sont inadaptés, le regard permet encore de dire quelque chose. Pour cela, le regard doit fixer le visage de la personne, s'y accrocher, s'y arrêter et non pas fuir. Ce sont ces principes pratiques que met en avant l'humanité.

- Toucher : Le toucher est encore une forme de communication, même si elle demeure plus restreinte que les deux précédentes. On peut néanmoins distinguer dans les soins deux types de toucher. Le toucher au service de la technique, comme une palpation permettant au médecin ou au soignant d'obtenir des informations relatives à l'état de santé de la personne. La seconde forme est davantage une forme de sollicitude, une manière d'entrer en contact. Dans les soins ce toucher apporte réconfort et favorise l'estime de soi chez le malade.

- Verticalité : Si la bipédie n'est pas l'unique trait de l'humanité, elle demeure essentielle à nos fonctions motrices. Trois semaines d'immobilité suffisent à rendre grabataire une personne valide. En plus de la motricité, la verticalité permet une bonne perception spatiale. Elle favorise ainsi le bon fonctionnement cognitif.

- *Formation :*

Afin de mettre en place cette philosophie nous souhaitons former l'ensemble de l'équipe sur trois ans.

Dans un premier temps, former un groupe référent chargé de piloter la démarche et d'en être garant par la suite.

Dans un deuxième temps, nous envisageons de former l'ensemble de l'équipe à cette philosophie de soin.

La mise en place de cette philosophie est un enjeu majeur pour la structure car nous souhaitons que celle-ci devienne définitivement le noyau central de notre prise en soin.

Les orientations de l'établissement **au titre de l'humanité** sont les suivantes :

- ⇒ Développer la philosophie de l'humanité au sein de l'établissement
- ⇒ Former 100 % du personnel à cette thématique

## VI. LE PROJET D'ANIMATION

### 6.1. Enjeux de l'animation

Dans notre conception de l'EHPAD, l'animation est essentielle : elle permet à chacun de maintenir une vie sociale au sein et en dehors de l'institution.

Le résident accueilli doit pouvoir retrouver ou maintenir ses capacités préservées, ses potentialités à mobiliser la vie et le plaisir qui s'y rattachent.

L'animation dans l'établissement doit permettre également de promouvoir des projets communs, où le goût à la vie sociale peut être retrouvé. L'animation fait partie intégrante de la prise en soin de la personne âgée au sein de l'EHPAD de Cussac.

### 6.2. Définition du projet d'animation

Pour notre équipe, la dynamique collective spontanée d'animation est définie par plusieurs composantes :

- accompagner les actes de la vie quotidienne aux travers des échanges verbaux et non verbaux dans le respect personnalisé du résident et de son autonomie,
- susciter l'envie, continuer à faire, (re)donner le goût, l'intérêt pour certaines actions et permettre ainsi de se recréer,
- elle vise à valoriser l'autonomie, l'image de soi face aux effets physiques, physiologiques, intellectuels du vieillissement,
- elle préserve les repères spatio-temporels, sociaux, affectifs, corporels...,
- c'est un moyen de transmettre des expériences, des vécus individuels, des savoirs faire, des témoignages historiques aux autres générations
- l'animation est basée sur le volontariat et implique les résidents, toute notre équipe, les familles et les bénévoles,
- elle nécessite d'être adaptée, personnalisée, et réévaluée régulièrement,
- elle permet de développer la sensation de plaisir.

Quatre grands points nous tiennent particulièrement à cœur :

- **l'implication des familles** lors de diverses manifestations ou activités (loto, fête des anniversaires...) contribue à la lutte contre l'isolement,
- **participation à la vie de la communauté de communes** lors de manifestations (cavalcade du Roi Richard Cœur de Lion, brocante,...) qui permet de renforcer le lien social,
- **ouvrir l'établissement sur l'extérieur** afin de démontrer que la Maison de Retraite est un lieu de vie (expositions diverses, spectacles...),
- **développer des activités à visée thérapeutique** tout en gardant l'objectif principal qui reste la notion de plaisir (ergothérapie occupationnelle, atelier réminiscence...).

### 6.3. L'équipe :

**L'animatrice**, à temps non complet, est présente sur l'établissement cinq jours par semaine. Elle est la référente du pôle animation mais il est important de souligner que l'animation est l'affaire de tous. Elle a débuté en 2010 une formation aux métiers de l'animation (BPJEPS), elle coordonne le projet d'animation sur la structure et contribue à favoriser l'implication de l'ensemble de l'équipe.

**La psychologue** fait le lien lors du recueil des habitudes de vie passées du résident et peut inciter à privilégier des activités adaptées aux habitudes de chacun (favoriser par exemple les sorties pour une personne qui était très impliquée socialement ou au contraire proposer des ateliers individualisés aux personnes acceptant difficilement la prise en charge de groupe).

Différentes personnes sont également amenées à animer des activités.

Le personnel soignant est chaque jour activement impliqué dans le programme des animations : L'après-midi, les AS et les ASH animent des ateliers individuels ou en petit groupe. Par exemple, une aide soignante anime un atelier accordéon où les résidents se retrouvent autour des chansons d'antan. De même, des agents animent des ateliers autour du patois, des jeux de ballons...

Des ateliers individuels sont également proposés ainsi des massages sont régulièrement organisés.

Ces temps d'animations sont proposés entre 15h et 17h ou entre 16h et 17h aux personnes qui le souhaitent.

Enfin, l'ensemble du personnel est régulièrement associé aux activités proposées : Lors de manifestations ponctuelles qu'il peut animer (casse croûte, repas à thème...).

A l'heure actuelle l'animation se fait au coup par coup et repose sur la programmation de l'animatrice, en effet il n'existe pas de commission animation.

### 6.4. Orientations de l'animation :

Les activités proposées sont variées et adaptées au niveau de dépendance de chaque résident ainsi qu'à leurs souhaits.

Le programme hebdomadaire se compose de cinq types d'activités :

- des activités cognitives : pour la stimulation des fonctions intellectuelles (atelier mémoire...)
- des activités physiques : pour l'entretien physique, de la motricité (gymnastique douce...)
- des activités culturelles : pour entretenir la curiosité du monde extérieur (spectacle, sortie, lecture...)
- des activités sociales : pour stimuler la communication, le relationnel (discussion autour d'un thème...)
- des activités manuelles : pour stimuler la dextérité manuelle, l'attention (peinture, ...)

Ainsi, plusieurs temps d'animations sont proposés :

- des animations collectives : atelier mémoire, atelier culinothérapie...
- des ateliers individuels : massage...

- des sorties extérieures : visite du village du Bournat, participation à la Brocante...  
Nous apportons également une grande importance à la stimulation de résidents autour d'activités indépendantes. Par exemple, nous souhaitons développer les activités organisés par les résidents seuls : belote...

**Lors des réunions du groupe de travail il a été souligné la nécessité d'augmenter les activités individuelles et ainsi de disposer de plus de temps auprès des résidents. De même, le développement de nouvelles activités a été proposé : repas avec les résidents, cinéma, atelier pâtisserie/confiture...**

- *Activités régulièrement proposées*

Les activités régulièrement proposées sont les suivantes :

CATEGORIES d'ACTIVITES	ATELIERS PROPOSES	OBJECTIFS PRINCIPAUX
<p><b>Domestiques</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aide à la mise en place du couvert</li> <li>- distribution du courrier</li> <li>- culinothérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stimulation sensorielle</li> <li>- maintien des acquis et de l'autonomie</li> <li>- estime de soi</li> <li>- sensation d'être « chez soi »</li> </ul>
<p><b>Physiques</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gymnastique douce</li> <li>- sorties, ballades</li> <li>- jeux divers (pétanque, croquet, pallet...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maintien des acquis et de l'autonomie</li> <li>- prévention des chutes</li> <li>- équilibre</li> <li>- souplesse et adresse</li> <li>- mobilité articulaire</li> <li>- tonification et coordination</li> <li>-</li> </ul>
<p><b>Cognitives</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atelier mémoire</li> <li>- atelier réminiscence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maintien et stimulation des facultés</li> <li>- attention, concentration, réflexion</li> <li>- repères temporeux spaciaux</li> </ul>
<p><b>CATEGORIES D'ACTIVITES</b></p>	<p><b>ATELIERS PROPOSES</b></p>	<p><b>OBJECTIFS PRINCIPAUX</b></p>

<p><b>Expression et communication socio culturelle</b></p>  	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lectures, contes</li> <li>- chorale</li> <li>- visite d'animaux</li> <li>- jeux de société</li> <li>- anniversaires</li> <li>- fêtes et spectacles</li> <li>- rencontres inter et intra générationnelles</li> <li>- participation à des manifestations</li> <li>- association « La Fleur de l'Age »</li> <li>- journal d'établissement</li> <li>- entretiens individuels</li> <li>- expositions</li> <li>- projection de films ou documentaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intérêt pour les autres</li> <li>- éviter le repli sur soi même</li> <li>- varier les canaux de communication</li> <li>- estime de soi</li> <li>- esprit de curiosité</li> <li>- échange, partage</li> <li>- plaisir</li> </ul>
<p><b>Arts plastiques</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ergothérapie occupationnelle</li> <li>- dessin</li> <li>- peinture</li> <li>- jardinage</li> <li>- petit bricolage</li> <li>- couture, tricot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- épanouissement personnel</li> <li>- estime de soi</li> <li>- moyen d'expression</li> </ul>
<p><b>CATEGORIES D'ACTIVITES</b></p>	<p><b>ATELIERS PROPOSES</b></p>	<p><b>OBJECTIFS PRINCIPAUX</b></p>

<p style="text-align: center;"><b>Spirituelles</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- messe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- respect des convictions religieuses</li> <li>- préserver ses valeurs</li> <li>- transmission du « sens » de la vie</li> <li>- vie sociale</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Sensorielles</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- soins corporels</li> <li>- soins esthétiques</li> <li>- ateliers des sens</li> <li>- musico relaxation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conscience du corps</li> <li>- affinement sensoriel</li> <li>- renouer le schéma corporel</li> <li>- redécouvrir le désir, le bien être et le plaisir</li> <li>- estime de soi</li> </ul>	

### 6.5. Association la Fleur de l'âge :

L'association la Fleur de l'Age intervient également au sein de l'établissement. Cette association a pour but de promouvoir des activités de loisirs, détente, d'échange et de partage en faveur des résidents de la Résidence « Dins Lou Pelou ».

Les missions de l'association sont les suivantes :

▪ **Offrir aux personnes hébergées à Dins Lou Pelou des activités de loisirs et de détente :**

- *En interne* : Des animations, spectacles, thés dansants, lotos....
- *En externe* : Des sorties (visites, représentations, piques niques...) et vacances.

▪ **Développer des activités d'échange et de partage :**

- Rencontres intergénérationnelles (écoles), participations aux ateliers organisés par la bibliothèque municipale, à la vie des associations locales...
- Organisation de journées portes ouvertes, de kermesses...

• *Le bénévolat :*

Des bénévoles interviennent au sein de la structure tout au long de l'année. Ainsi, plusieurs interventions sont programmées :

- atelier couture,
- atelier conte,
- atelier chorale,
- accompagnement aux sorties.

A l'heure actuelle la formation des bénévoles n'est pas organisée par la structure.

### 6.6 Contact avec l'extérieur :

L'ouverture de l'établissement sur l'extérieur est un élément essentiel du projet d'établissement.

En ce sens plusieurs activités ont été mises en place comme par exemple l'organisation d'une exposition de voiture ancienne ouverte au public dans le parc de la maison de retraite.

Le développement d'activité en lien avec les communes du territoire de la communauté de communes est également un élément majeur de notre projet qui contribue au maintien du contact avec la commune pour les résidents qui est un élément important en zone rurale. Ainsi, plusieurs actions ont été menées avec les communes avoisinantes : participation à la journée cœur de lion, tenue d'un stand lors de la brocante annuelle des commençants de Cussac...

La mise en place de sorties extérieures est également un élément majeur de la vie de la structure : sortie à l'île d'Oléron, visite du village du Bournat, sortie en gîte... Ces moments sont essentiels pour les résidents et leurs permettent de garder un contact avec l'extérieur tout en partageant des moments de plaisir.

Des rencontres avec d'autres maisons de retraite sont également réalisées : concours de pétanque avec la structure de Feytiat, participation à la fête de la musique avec Saint Laurent Sur Gorre.

Des rencontres intergénérationnelles sont souvent organisées avec les écoles et le Souffle Vert mais surtout avec la micro crèche.

La micro crèche partage une partie du parc de la maison de retraite ainsi les contacts sont journaliers. De plus, de nombreuses activités communes sont organisées : exposition d'animaux, repas...

Un épicier se déplace toutes les semaines au sein de l'institution, les coiffeuses viennent également toutes les semaines.

- *Le journal Part'Age :*

L'animatrice élabore tous les trimestres un journal interne : « Part'Age ». Ce journal est très attendu par les résidents du Foyer Logements et de l'EHPAD. Il reprend les animations à venir et les activités passées.

### **6.7. Journée type**

Dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement le groupe de travail a décrit une journée type au sein de la structure.

#### **7h00 – 10h30: Lever**

Le lever des résidents s'organise en fonction des habitudes de chacun. La toilette ou la douche est effectuée en fonction du niveau d'autonomie de la personne.

#### **7h30 – 8h30 : Petit déjeuner**

Les petits déjeuners sont distribués en chambre. Un large choix de possibilité est offert aux résidents afin de respecter les habitudes de chacun. Le week-end des viennoiseries sont proposées. Si le résident n'est pas réveillé au moment du service le déjeuner est laissé en chambre et réchauffé par le personnel soignant.

#### **10h30 – 11h30 : Animation (couture...) ou entretiens individuels**

Diverses animations sont proposées en fonction du souhait des résidents.

#### **12h00 – 13h00 : Déjeuner**

Le moment du repas est un instant convivial qui renvoi à la notion de plaisir.

#### **13h30 – 14h30 : Sieste**

Après le repas il est **proposé** aux résidents d'aller à la sieste.

#### **15h00 – 16h30 : Animation**

Diverses animations sont proposées en fonction du souhait des résidents.

**15h30 : Goûter**

Les goûters sont distribués en chambre. Un large choix de possibilités est offert aux résidents afin de respecter les habitudes de chacun.

**18h00 – 19h00 : Souper****19h30 – 20h30 : Coucher**

Une infusion est proposée aux personnes qui le souhaitent la nuit.

Les orientations de l'établissement **au titre de l'animation** sont les suivantes :

- ⇒ Disposer de deux animateurs à temps complet
- ⇒ Développer les animations individuelles : discussion, sorties ...
- ⇒ Augmenter les ateliers en lien avec les repas : pâtisserie, confiture...
- ⇒ Intégrer les résidents à la vie de la structure : mise en place de la table, pliage des serviettes...
- ⇒ Développer l'animation en fin de matinée : lecture du journal...
- ⇒ Développer les rencontres intergénérationnelles
- ⇒ Permettre au personnel de manger avec les résidents une fois par semaine
- ⇒ Développer la formation des bénévoles
- ⇒ Créer une commission animation

## VII. LE PROJET DE SOIN :

### 7.1. Enjeux du projet de soin

La mission des EHPAD est de prendre soin de personnes âgées présentant un handicap et une perte d'autonomie.

Le projet de soin définit les actions à mettre en œuvre afin de répondre à son objectif prioritaire qu'est le maintien de l'autonomie.

Il faut développer une façon de soigner différente, dans le but d'être efficace. Efficace pour "limiter les incapacités, le vieillissement immérité, le vieillissement de surcroît par la non utilisation des fonctions". (Pr Albarède).

De plus, nous considérons que la première place thérapeutique revient à la chaleur humaine. Celle-ci commence avec le sourire, se poursuit par le chant, les activités d'éveil, les compliments pour un progrès si minime soit-il.

Enfin, le projet de soin d'une personne n'est qu'un des éléments de son projet de vie.

### 7.2. Définition du projet de soin

Le projet de l'EHPAD de Cussac est de maintenir l'autonomie des résidents le plus longtemps possible.

Pour notre équipe, le projet de soin est défini par plusieurs composantes :

- Lutter contre la douleur en identifiant et traitant rapidement celle-ci,
- Accompagner les résidents jusqu'à la fin de la vie,
- Développer une prise en soin humaniste et bienveillante,
- Maintenir les acquis : l'idée que l'excès de soins peut nuire à la santé en rompant un équilibre des capacités à faire. Ainsi, "faire à la place" induit un moins bon état de santé "qu'aider à faire pour réapprendre à faire"
- Lutter contre la iatrogénie,
- Sécuriser le circuit du médicament,
- Limiter le recours aux contentions.

### 7.3. Management des soins

Un médecin coordonnateur formé à la gériatrie intervient au sein de l'établissement sur un poste à 0.20 ETP et va passer à 0.40 ETP. A l'heure actuelle le médecin coordonnateur ne fait pas de rapport annuel médical et ne réalise pas d'évaluation gériatrique standardisée lors de l'admission.

Une infirmière référente existe et a été formée au poste de cadre de santé. Cependant, le poste de cadre de santé n'étant pas budgété, elle partage son temps entre l'organisation des soins et la réalisation des actes infirmiers.

Les orientations de l'établissement **au titre de la permanence et de la continuité des soins** sont les suivantes :

- ⇒ Etablir un rapport médical annuel
- ⇒ Organiser une réunion annuelle avec les intervenants libéraux
- ⇒ Réaliser les évaluations gériatriques standardisées suite à l'admission et les réévaluer
- ⇒ Intégrer un poste de cadre infirmier dans les effectifs budgétés

#### 7.4. Permanence et continuité des soins

- *Transmissions :*

Les transmissions dans l'établissement sont organisées de la manière suivante :

- Nuit/jour : 6h50 à 07h00, l'agent de nuit effectue les transmissions de la nuit.
- Mi journée : 13h50 à 14h15, transmissions générales tous les jours en traitant uniquement les cas ciblés.
- Jour/Nuit : 21h00 à 21h15, l'équipe de jour effectue les transmissions avec l'équipe de nuit.

Une partie de l'équipe a été formée à la technique des transmissions ciblées cependant cette technique reste à généraliser avec l'appui du logiciel de soin TITAN.

Les horaires coupés posent problème pour les transmissions. De même, des temps de transmission dans les couloirs subsistent.

Un STAFF est organisé tous les vendredis de 16h00 à 17h00 en présence de : médecin coordonnateur, infirmière et/ou infirmière référente, psychologue, animatrice, AS et agents présents. Ce moment permet de faire le point sur les résidents ayant des difficultés particulières et d'en suivre l'évolution. Cependant, la qualité de cette réunion est variable en fonction des intervenants.

- *Continuité des soins :*

En dehors des heures ouvrables et en cas d'urgence, l'établissement passe par la régulation de la permanence des soins. Le numéro d'appel est connu et affiché en salle de soin. Un chariot d'urgence est disponible, il est vérifié régulièrement. Un protocole de conduite à tenir en cas d'urgence est en cours de rédaction.

Le recours à un spécialiste est toujours possible.

Les conditions d'intervention des kinésithérapeutes sont difficiles, l'organisation de cette dernière est à améliorer.

- *Dossier de soin :*

Un dossier médical et de soin informatisé est en place, il est utilisé par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale. De même, une messagerie est intégrée et permet de communiquer au mieux dans l'ensemble de la structure. Cependant, il reste à améliorer la tenue du dossier médical par les généralistes et l'intégration des traitements ainsi que le suivi des bilans et réévaluations.

Les orientations de l'établissement **au titre de la permanence et de la continuité des soins** sont les suivantes :

- ⇒ Améliorer la collaboration avec les kinés
- ⇒ Utiliser la technique des transmissions ciblées
- ⇒ Former l'ensemble du personnel aux transmissions ciblées
- ⇒ Améliorer le respect du secret professionnel
- ⇒ Améliorer la tenue des dossiers médicaux par les médecins généralistes

### 7.5. Circuit du médicament :

L'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur et organise l'approvisionnement des médicaments avec les officines de ville selon le libre choix des résidents.

- *Traitement des ordonnances :*

Les prescriptions ne sont pas informatisées. Le médecin écrit la prescription et l'infirmière la transcrit pour préparation des piluliers. L'interface entre les pharmacies et l'établissement peut être optimisé (carte vitale).

- *Conservation des médicaments :*

Les médicaments sont stockés dans des locaux et des armoires fermés ; les substances et préparations classées comme stupéfiants sont détenues dans des coffres fermés à clef et ne contenant rien d'autre

- *Préparation :*

La préparation des médicaments est effectuée par les infirmières. L'ensemble des médicaments ne sont pas déblistérés.

- *Administration :*

La distribution des médicaments est assurée par les infirmières hormis : le matin côté FL/EHPAD et les traitements de nuit sur l'ensemble de l'EHPAD.

La traçabilité des médicaments est existante mais perfectible : connaissance implicite de la personne responsable de l'administration des médicaments. Pour assurer le suivi des traitements, les professionnels indiquent par écrit lorsqu'un médicament n'est pas pris.

Une description du circuit du médicament est en cours et aboutira à une analyse des risques.

Les orientations de l'établissement **au titre de la permanence du circuit du médicament** sont les suivantes :

- ⇒ Augmenter le taux des prescriptions informatisées
- ⇒ Elaborer un livret thérapeutique
- ⇒ Finir la rédaction de la procédure du circuit du médicament
- ⇒ Réalisation d'un audit du circuit du médicament

### 7.6. Actes de soins spécifiques :

- *Prévention et prise en charge des escarres :*

La prévention et la prise en charge des escarres sont organisées : application d'un protocole de prévention et de traitement des escarres indiquant les mesures à prendre : matelas, changement de position...Il existe très peu d'escarres constitués dans l'établissement et ceux-ci sont identifiés à temps. Les prescriptions médicales sont rédigées en coordination avec l'infirmière et selon les besoins des résidents.

- *Prévention et prise en charge de la dénutrition :*

Un suivi des résidents à risques est potentiellement réalisé par tous les professionnels intervenant auprès des résidents après signalement en transmission. Une fiche de suivi alimentaire existe et un protocole a été diffusé à l'ensemble de l'équipe. Les résidents sont pesés tous les 15 jours.

Les menus spécifiques (texture, enrichissement...) sont discutés en équipe pluridisciplinaire et commandés par les membres de la commission des menus.

Dans le cadre de la convention signée avec le réseau LINUT, un diététicien peut être contacté afin d'assurer un suivi et donner un conseil des apports à effectuer.

L'ensemble des menus sont analysés et validés en commission des menus, cette dernière regroupe : Directeur, Médecin coordonnateur, infirmière référente, AS, agent, personnel hôtelier, cuisinier, diététicienne du réseau LINUT.

- *Prévention et prise en charge de la déshydratation :*

L'hydratation des résidents fait l'objet d'une surveillance continue. L'équipe pluridisciplinaire sollicite les résidents lors de chaque passage. Cette organisation est définie dans divers protocoles : prise en charge et prévention de la déshydratation, organisation en cas de fortes chaleurs.

- *Prévention et prise en charge de l'incontinence :*

Une prévention de l'incontinence est réalisée par l'équipe soignante mais non formalisée. L'établissement n'a pas élaboré de livret mictionnel. Un groupe de travail pluridisciplinaire se réunit régulièrement pour réévaluer la politique de change de la structure.

- *Hygiène bucco-dentaire :*

L'ensemble des soins sont effectués par les dentistes. L'entretien des appareillages est effectué par le personnel soignant et les résidents en fonction de leur niveau de dépendance. Concernant le brossage des dents, un travail est en cours de réalisation afin de cibler les résidents pouvant être stimulés, pour les autres des bâtonnets ouatés sont utilisés. L'établissement a signé une convention avec le réseau EHPADENT, dans ce cadre deux soignants sont référents et ont suivi une formation sur cette thématique.

Ils ont été à l'initiative de la rédaction d'une procédure qui sera diffusée en 2011 aux autres membres de l'équipe.

La dentiste de Cussac effectue des dépistages réguliers au sein de la structure.

- *Des chutes :*

Le signalement est tracé dans le dossier de soin informatisé du résident. Les chutes sont analysées au cas par cas par les infirmières. Un protocole de prévention est mis en place. Cependant, une analyse régulière des causes de chute n'est pas organisée.

- *Les toilettes :*

Les toilettes sont effectuées en essayant de préserver au maximum l'autonomie et l'intimité de chaque résident. Les horaires de lever lors des toilettes sont adaptés en fonction de l'envie des résidents. De même, des douches sont proposées tous les 15 jours côté EHPAD et toutes les semaines côté FL/EHPAD. L'établissement souhaite mettre place une douche par semaine pour les résidents qui le souhaitent.

- *Contentions :*

Les contentions sont limitées au maximum et une réflexion pluridisciplinaire est toujours engagée. L'accord verbal des familles et des résidents est systématiquement demandé. Cependant il n'existe pas de procédure sur cette thématique. De même, les renouvellements de contentions ne sont pas régulièrement notés sur les ordonnances.

Les orientations de l'établissement **au titre des actes de soins spécifiques** sont les suivantes :

- ⇒ Mettre en place une procédure concernant les contentions
- ⇒ Analyser les chutes mensuellement
- ⇒ Augmenter la fréquence des douches

### 7.7. Prise en charge de la douleur :

La détection et la prise en charge rapide de la douleur est un enjeu majeur pour la structure.

Face à la douleur, phénomène inéluctable, le personnel soignant se trouve parfois désarmé. Ainsi, il nous paraît indispensable que le maximum de personnel soignant soit formé sur la douleur. C'est pourquoi, des formations ont été réalisées ponctuellement et une réflexion complète a été menée sur le sujet en 2010. L'outil MOBIQUAL fourni par l'état a aussi servi de référentiel.

Une procédure est en cours de rédaction et sera diffusée à l'ensemble du personnel courant 2011. Par ailleurs, on distingue la douleur aiguë d'apparition récente et la douleur chronique. Ces dernières s'attacheront à prendre en charge ces deux types de douleur notamment dans l'objectif d'apporter à la personne douloureuse un soulagement (tant physique que psychologique), un bien être et un confort de vie.

Ce travail a permis d'identifier des actions à mettre en place qui seront traduites dans deux procédures.

- *Identification de la douleur :*

Le repérage de la douleur est réalisé par l'ensemble du personnel soignant qui identifie tout signe de douleur (plainte, repli sur soi...) et le transcrit lors des transmissions.

- *Evaluation de la douleur :*

Reconnaître l'existence d'une douleur est déjà très important mais l'évaluer est une étape essentielle et indispensable pour une prise en charge efficace.

L'évaluation de la douleur passe par la réalisation d'échelles. A la suite de la réflexion menée par le groupe de travail, il a été décidé d'utiliser les échelles de douleur suivantes :

ALGOPLUS, DOLOPLUS, ECPA.

L'échelle ALGOPLUS a été dans un premier temps choisie pour sa simplicité et sa rapidité d'évaluation. Pour des douleurs plus complexes, nous avons choisi deux autres échelles que sont DOLOPLUS et ECPA pour les personnes non communicantes.

- *Traitement de la douleur :*

En parallèle de cette phase d'évaluation les infirmières discutent de la thérapeutique à adapter avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur. Le service des soins palliatifs ou le centre anti douleur peuvent également être sollicités. Par ailleurs, deux difficultés ont clairement été identifiées : la lenteur de l'interface structure/médecin traitant et l'absence de protocole en collaboration.

Enfin, les démarches non médicamenteuses tendent à se développer :

- cryothérapie,
- toucher relationnel,
- soutien psychologique,
- placebo...

- *Protocole :*

La mise en place de protocoles spécifiques a fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire. Ces protocoles visent à soulager la personne en lui apportant le maximum de confort et a fortiori une rémission éventuelle.

Concernant les douleurs complexes (modérées à sévères) et de fin de vie, les protocoles de prise en charge seront décidés et prescrits par le médecin traitant, à défaut par le médecin coordonnateur.

La prise en charge de la douleur s'attachera à associer à la fois :

- Des soins de confort organisés et suivis,
- Des traitements médicamenteux adaptés,
- Une psychothérapie de soutien ou d'autre ordre au besoin,
- La prescription de séances de kinésithérapie.

Les orientations de l'établissement **au titre de la prise en charge de la douleur** sont les suivantes :

- ⇒ Améliorer la rapidité de l'interface médecin traitant/structure
- ⇒ Finir la rédaction et diffuser les protocoles
- ⇒ Rédiger des protocoles en collaboration

### 7.8. Accompagnement en fin de vie :

La qualité de l'accompagnement des personnes en fin de vie est un élément essentiel du projet de soin de la structure. En effet, l'une des raisons d'être de la structure à sa création était « accompagner les résidents jusqu'au bout ». Cette philosophie est encore largement ancrée dans les mentalités ainsi la qualité de l'accompagnement est essentielle pour le personnel de la structure.

Une réflexion sur cette thématique sera menée en 2011 afin de réévaluer la qualité de cet accompagnement. Ainsi, un groupe de travail pluridisciplinaire : Directeur, Médecin coordonnateur, IDE, AS, Agent, Psychologue, Animatrice se réunira et sera formé sur cette thématique.

- *Soin :*

Les fins de vie sont gérées au cas par cas. L'évaluation de la douleur se fait quotidiennement, l'évaluation de la thérapeutique également. Cette évaluation est issue d'une réflexion entre le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l'équipe de soins palliatifs.

Le personnel soignant effectue des passages réguliers en chambre afin d'accompagner au mieux la personne et de prodiguer des soins de confort (soins de bouches, positionnement...).

Un matériel adapté est mis à disposition des équipes soit par le biais de la location soit par prêt de l'unité de soins palliatifs.

- *Accompagnement de la famille :*

L'accompagnement de la famille se fait en fonction de sa disponibilité et de ses possibilités.

Tout d'abord, la structure informe la famille ou le représentant légal (tuteur) sur l'état de santé du résident en organisant une rencontre avec le médecin ou l'infirmière.

L'établissement respecte les souhaits de la famille et du résident ou de son représentant légal (tuteur) par un recueil des demandes (ex : la famille souhaite-t-elle être prévenue la nuit, un contrat obsèques est-il prévu, un accompagnement religieux est-il envisagé etc...). Ces éléments pourront être renseignés lors du bilan à un mois après l'admission.

La psychologue rencontre également les familles afin de les accompagner au mieux.

Lors du décès l'établissement fournit une plaque mortuaire et adresse ses condoléances à chaque famille.

- *Formation du personnel :*

Une partie du personnel est formée tous les ans sur cette thématique dans le cadre de la réflexion menée en 2011 autour de l'accompagnement fin de vie, le groupe de travail va être formé sur 3 jours sur cette thématique.

- *Convention avec équipe mobile de soins palliatifs :*

Une convention a été signée afin de faire intervenir l'Unité de Soins Palliatifs.

Les orientations de l'établissement **au titre de la prise en charge de l'accompagnement fin de vie** sont les suivantes :

- ⇒ Evaluer la qualité de l'accompagnement avec l'appui du groupe de travail pluridisciplinaire
- ⇒ Rédiger et diffuser les protocoles
- ⇒ Augmenter la présence du personnel auprès du résident lors de l'absence de la famille

### 7.9. Des prises en charge adaptées aux résidents :

- *Psychomotricienne :*

#### ✓ **Définition :**

Approche qui considère **l'individu dans sa globalité**, en interaction avec son environnement. Le concept psychomoteur s'appuie sur la **notion d'unité corps-esprit** : le corps, la motricité, le psychique et l'affectif (lié à l'histoire propre du sujet) forme un tout indissociable. La psychomotricité repose sur l'influence de ces éléments entre eux.

En effet, le psychomotricien va s'intéresser à ce que la personne montre de son corps, la signification du geste, du mouvement, du comportement. Par exemple, lors de la marche, chacun d'entre nous utilise un pas, une posture, un tonus différent, en fonction aussi de notre état émotionnel, de notre motivation à nous déplacer, et de notre rythme personnel. Le psychomotricien s'intéresse donc aux liens entre l'activité corporelle et psychique (intellectuel et affective) de la personne.

Ainsi dans un climat émotionnel favorable, le travail sur le vécu corporel, les sensations, la conscience du corps, de ses possibilités, inclus dans un projet d'avenir avec des objectifs, peut aider la personne à retrouver une **aisance et une harmonie corporelle** lui permettant de mieux se situer dans l'espace, le temps, dans les relations aux autres et à l'environnement.

#### ✓ **La Démarche thérapeutique :**

Le psychomotricien n'agit pas de manière isolé, répondant à des prescriptions médicales, il informe l'équipe médicale et soignante de l'évolution des prises en charges, et peut travailler en cothérapie.

Dans un premier temps il procède au bilan psychomoteur (EGP ou autres) qui montre l'impact des troubles et les capacités restantes de la personne âgée dans différents domaines : schéma corporel, espace, temps, mémoire, perceptions, coordinations, équilibre, tonus, praxies, motricité fine... Le psychomotricien ne s'intéresse pas aux différents domaines isolément, il a davantage une vision d'ensemble des différents items et fait des liens entre eux pour mieux comprendre la personne dans son ensemble. Le bilan permet de suivre l'évolution de la personne, grâce à une réévaluation tous les ans.

Un autre bilan est utilisé par les psychomotriciens en gériatrie : le Bilan psychomoteur du chuteur âgé qui est plus centré sur l'équilibre et la prévention post chute.

Pour la personne très désorientée ou avec qui la passation d'un examen psychomoteur standard est impossible, le bilan se centrera davantage sur des observations : la manière dont la personne communique, utilise son corps, les troubles du comportement...

De ce bilan découle un projet thérapeutique personnalisé suivant les besoins et la demande du résident (individuel ou groupe).

Les séances de groupe : cela peut être des groupes de stimulation sensorimotrice (gym douce), mémoire et sens (stimulation de la mémoire par différents sens), prévention de chute, atelier terre, culinothérapie, médiation de l'animal...

✓ **Les indications en gériatrie :**

En gériatrie, les personnes âgées peuvent présenter de nombreux troubles dans lesquels les sphères corporelle et psychique sont intriquées : une chute qui peut être source d'anxiété, des douleurs qui entraînent des plaintes, une perte d'envie qui inclue une diminution de l'activité motrice et un isolement, une agitation motrice ou des troubles du comportement liés à un mal être....

Les différents motifs qui peuvent inciter à proposer des séances de psychomotricité sont :

**-Troubles de l'équilibre, de la marche et syndrome post chute** : qui se traduit par la peur de chuter, le manque de confiance de la personne en ses appuis et ses jambes qui ne peuvent plus le porter, la peur d'être entraîné par le poids du corps, une rétropulsion, des appuis sur les talons.

Objectifs : améliorer l'équilibre et la mobilité, développer des stratégies de déplacement, prévenir les chutes.

Moyens : utilisation de diverses stimulations sensorielles et motrices, qui permettront aux résidents de prendre conscience de leurs possibilités, et ensuite par l'intermédiaire de parcours psychomoteurs mettront le résident en situation de déplacement.

**-Trouble de la conscience du corps du schéma corporel** : perte de la perception de l'unité corporelle (désorientation, alitement prolongé), difficulté à repérer et nommer les différentes parties du corps en lien avec des troubles moteurs, sensoriels (hémiplegie, hémiparésie), des modifications corporelles ou des pertes de fonctions importantes (représentation symbolique dans la démence).

Objectifs : se réapproprier son corps comme lieu possible de plaisir, de sécurité et d'unité.

Moyens : travail sur le schéma corporel pour ressentir son corps et ses métamorphoses, travail sur les schémas posturaux. Utilisation du toucher massage, mobilisations passives et actives, positionnement du corps en mouvement dans l'espace (par divers médiateurs : gym douce, danse...).

**-Difficulté d'utilisation du corps :**

- Maladresse, trouble de la régulation tonique, incontrôle moteur (maladie de parkinson, hypertonie, paratonie).

Objectifs : améliorer la coordination des membres, le manque de souplesse et de fluidité.

Moyens : travail sur les mobilisations passives et actives dans la maîtrise du mouvement.

Travail sur le toucher pour donner une sensation et la réintégration d'une unité corporelle cohérente. Travail sur la respiration pour aider à la souplesse du geste (fluidité).

- Apraxie : perte de la compréhension pour l'utilisation des objets se traduisant par des actes inadaptés.

Objectifs : permettre à la personne de retrouver le geste, l'accompagner dans le geste, ou trouver d'autres moyens d'adaptation à la situation.

Moyens : travail sur le contexte émotionnel et affectif permettant de retrouver le geste en situation de vie quotidienne. Travail en miroir (imitation de geste). « Manger main » lorsque l'utilisation de couverts n'est plus possible lors des repas par exemple.

-**Dépression et syndrome de glissement** : se traduit par une inhibition psychomotrice, la perte d'élan vital, le repli sur soi, les difficultés à entrer en relation, l'absence de désir de se mobiliser, la peur de mal faire.

Objectifs : revalorisation, sortir de l'isolement.

Moyens : trouver des objectifs, donner un but à la personne, en trouvant des médiateurs adaptés à chacun.

-**Troubles de l'attention, de la vigilance et de la mémoire, désorientation temporo-spatiale**

Objectifs : permettre à la personne de mieux se repérer, s'orienter, de rester concentrée sur une activité.

Moyens : offrir un cadre de séance sécurisant (horaire et lieu fixe). Permettre à la personne de se repérer facilement dans l'institution : Calendrier, signalisation. Travail sur les repères corporels pour s'orienter dans un premier temps par rapport à son propre corps, pour ensuite se décentrer et s'orienter dans l'espace...

- **Difficulté à communiquer et entrer en relation, démence** :

Objectifs : amélioration de la communication et du contexte relationnel. Maintenir au mieux les possibilités de la personne atteinte de démence. Favoriser l'expression verbale et non verbale. Faciliter la possibilité de prendre des initiatives et de faire des choix.

Moyens : Travail sur le dialogue tonico-émotionnel et la sensorialité afin de maintenir une communication, une relation humaine, surtout si celle-ci ne peut être que corporelle. Travail autour du toucher dans la relation de soin pour donner une sensation d'unité corporelle cohérente, qui sera un point d'ancrage de l'identité et de la réalité...

-**Trouble du comportement** :

L'agitation, l'anxiété, l'agressivité sont souvent l'expression d'un mal être, d'une douleur, d'une gêne, qui peuvent être accompagnées d'une respiration bloquée, d'une hypertonie, de troubles digestifs....

Objectifs : déterminer la source du trouble du comportement et s'adapter pour l'apaiser.

-**Accompagnement de fin de vie et contribution au traitement de la douleur** :

Objectifs : réinvestir positivement son corps, reprendre plaisir à le vivre, à le sentir unifié et apaisé.

Moyens : favoriser la verbalisation du vécu affectif et physique de la personne. Travail sur le toucher, la relaxation, pour donner des sensations positives. Travail sur des positionnements moins douloureux. Mobilisations passives en vue de maintenir une mobilité corporelle, donner des sensations agréables de mouvement. Donner à la personne une sensation d'unité corporelle, point d'ancrage de la réalité et de l'identité.

- *Psychologue* :

Les personnes âgées vivant en EHPAD sont fragiles, elles souffrent généralement d'une perte d'autonomie qu'elle soit physique ou psychique. La dépendance et la proximité de la mort engendrent souvent des souffrances qu'il est important qu'elles verbalisent. La psychologue est alors le meilleur interlocuteur pour les écouter. Sa place est essentielle pour la vie de la personne âgée en institution. Il peut dédramatiser l'entrée de la personne en établissement, l'aider à s'adapter à sa nouvelle vie, à faire le deuil de la précédente, établir un diagnostic de ses capacités psychiques, écouter son mal être face au vieillissement ou au handicap, la soutenir chaque fois que nécessaire, mettre en place des ateliers de stimulation, des groupes de parole, l'aider à se préparer à la mort et si les liens de confiance se sont tissés,

l'accompagner en fin de vie. Bref, il peut lui permettre de s'accepter et de vivre au mieux sa nouvelle vie, au sein de la maison de retraite.

Le psychologue en établissement a également un rôle à jouer auprès de la famille. Il n'a pas pour but de pratiquer une psychothérapie familiale, mais il peut accompagner la famille tout au long du séjour, dans le but de faciliter l'intégration du résident, de la déculpabiliser, d'aider à la résolution de conflits par la médiation et l'interprétation de messages contradictoires, de l'informer sur la pathologie de leur proche ou encore d'accompagner, si nécessaire, les familles au moment du décès.

Pour finir, le psychologue intervient également auprès du personnel notamment pour lui expliquer la personne âgée, lui dire que, même dans la déchéance la plus extrême, il y a un grand sens à respecter sa dignité, ses besoins et ses désirs, pour ce qu'elle est, comme ce qu'elle a été, et l'aider à prendre du recul sur ses problèmes professionnels quotidiens. Le psychologue peut également jouer un rôle de formateur dans certaines grandes thématiques comme la bientraitance par exemple.

- *Ergothérapeute :*

L'objectif est de permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir la meilleure autonomie possible dans leur vie quotidienne.

Le rôle de l'ergothérapeute est ainsi d'aider la personne à faire des gestes ou des activités qu'elle ne peut plus faire seule, soit en adaptant l'activité, soit en lui conseillant une aide technique.

Le recrutement de ce profil de professionnel est indispensable pour la structure afin d'améliorer l'autonomie des résidents notamment en utilisant mieux les aides techniques. Ainsi, un ergothérapeute jouerait le rôle de conseiller technique auprès de l'équipe et mènerait une politique de prévention auprès des résidents.

- *Kinésithérapeute :*

A l'heure actuelle les soins de kinésithérapies sont réalisés par des professionnels libéraux. L'établissement manque cruellement de ce type de professionnels en ce sens un travail de rapprochement avec le kinésithérapeute libéraux doit être effectué.

La rééducation fait partie des points faibles de la structure de par le manque de professionnels. A l'heure actuelle l'équipe fait marcher au maximum les résidents et des kinésithérapeutes libéraux interviennent mais de manière insuffisante. Le recrutement de personnel spécialisé est indispensable : orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien...

Les orientations de l'établissement **au titre des prises en charges adaptées** sont les suivantes :

- ⇒ Développer l'intégration des kinésithérapeutes
- ⇒ Poursuivre le recrutement de personnel spécifique : art thérapeute, ergothérapeute, orthophoniste...

### 7.10 Les prises en soin spécifique :

#### A - L'Unité d'Hébergement renforcée :

La structure de Cussac accueille déjà des personnes ayant des troubles du comportement. Le personnel a suivi des formations sur la maladie d'Alzheimer et les troubles du comportement. Par ailleurs, une formation sur la bientraitance a été réalisée en 2010 et se poursuivra dans le temps (voir projet de vie). De même, la structure souhaite développer la méthodologie de soin Humanitude.

Une unité dédiée à la prise en soin de résidents ayant des troubles du comportement va être construite.

**Les éléments du projet d'établissement énoncés ici ne sont que les bases du futur projet de vie de cette structure. Un projet de vie et de soin spécifique sera rédigé par un groupe de travail pluridisciplinaire qui se réunira en 2012 et 2013.**

##### *a. Objectifs de l'unité :*

Le but de l'UHR est d'accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Ce pôle devrait donc offrir une prise en charge adaptée et stimulante aux résidents accueillis au sein de la résidence et présentant des troubles du comportement.

##### *b. Capacité :*

La future structure comptera 15 places et disposera d'une architecture adaptée à la prise en soin de résidents ayant des troubles du comportement (voir projet architectural).

##### *c. Admission :*

L'entrée en UHR est une décision importante et souvent une épreuve pour les proches. La psychologue et le médecin coordonnateur seront là pour les accompagner et les informer. L'admission est prononcée par le directeur. Les critères d'entrée déterminés en équipe pluridisciplinaire sont les suivants :

- Diagnostic médical et avis du médecin traitant,
- Altération des fonctions cognitives,
- Autonomie à la marche,
- Autonomie pour l'alimentation,
- Réceptivité aux stimulations proposées,
- Déambulation,
- Risque de fugue,
- Désorientation temporo-spatiale.

Ces critères sont basés sur des évaluations réalisées par l'équipe de la résidence où des professionnels libéraux (médecins, kinésithérapeutes...). L'entrée en UHR peut se faire à l'arrivée dans l'établissement mais également au cours du séjour, suite à une dégradation de l'état de la personne. La décision est alors prise de façon collégiale par le médecin coordonnateur, le médecin traitant, la psychologue, et l'équipe soignante. La famille est reçue, à plusieurs reprises si cela s'avère nécessaire, par le médecin coordonnateur et /ou la

psychologue. Un temps de préparation du résident mais surtout de la famille est en effet nécessaire avant l'entrée.

*d. Orientations de l'unité :*

Les principales orientations de cette future unité sont les suivantes :

- Construire un environnement et une relation optimisés avec la personne :
  - par une organisation et une structuration de la journée personnalisées ;
  - par des interactions sociales ;
  - par une attention pour la solliciter et la stimuler à bon escient.

Cette démarche implique une attention quotidienne aux risques et à l'apparition de troubles psychologiques et comportementaux, qu'ils soient de type repli sur soi, apathie ou dépression, ou qu'il s'agisse de troubles tels que agitation, déambulation, cris, etc.

- Respect de la personne accueillie :

Il sera important de respecter les habitudes et liberté des résidents **sans apporter de jugement de valeur** sur les comportements de chacun. Ainsi, tout comportement difficile à gérer pour la collectivité devra être analysé en équipe pluridisciplinaire et avec les familles.

- Les rythmes :

Nous souhaitons mettre en place une organisation et un fonctionnement souples où le rythme collectif ne contraint pas les rythmes individuels. Au préalable, il convient de repérer les rythmes individuels de vie, et de s'interroger sur les horaires habituels du lever et du coucher, de la toilette, des repas...

- La toilette :

C'est un moment privilégié pour la relation d'aide et un temps thérapeutique, mais c'est aussi un moment sensible pour le déclenchement de troubles psychologiques et comportementaux.

Nous envisageons :

- d'aborder la toilette comme un soin et un temps privilégié pour la relation (se présenter, veiller à la température de la pièce, de l'eau, ne pas commencer la toilette par le visage, procéder avec douceur, etc.) ;
- de préserver l'autonomie fonctionnelle dans les actes de la vie quotidienne pour la toilette, l'habillement (vêtements spécialement conçus pour les personnes âgées ou adaptés à leurs difficultés...). Prendre le temps permet à la fois de ne pas faire à la place de la personne mais d'accompagner son geste tant que cela reste possible et permet aussi de mieux respecter l'intimité des personnes.
- d'être vigilant à la douleur provoquée (soins, toilette, mobilisation, etc.) en l'évaluant et en adoptant des mesures de prévention ;
- de laisser à la personne des possibilités de choix notamment de ses vêtements, des modalités (lavabo, douche, toilette avec friction, etc.) et du moment de la toilette, (y compris l'après-midi par exemple) ;
- de mettre en oeuvre des formations spécifiques pour les professionnels concernés sur les questions du toucher, du confort, de la relation, de l'intimité, de la communication liées à la toilette ;

- de ne pas recourir systématiquement à des protections et de porter une attention particulière à la prévention de l'incontinence en proposant d'aller aux toilettes fréquemment, laissant les toilettes accessibles, en les identifiant bien à l'aide de différents logos.
- d'aborder la question des protections avec la personne et éventuellement ses proches, et ce de façon anticipée pour éviter toute action maltraitante. Lorsque le recours aux protections est rendu nécessaire par une incontinence avérée de la personne, il est recommandé de recourir à des protections qui permettent de ne pas la réveiller de façon intempestive pour la changer durant la nuit.

- **Alimentation et repas :**

La prévention de la perte de poids et de la dénutrition par le maintien d'une bonne alimentation est un élément très important de la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée. En effet, la dénutrition représente une des complications les plus fréquentes de ce type de maladies. Elle précipite l'évolution et aggrave la dépendance. Ainsi une attention particulière sera portée sur la prise de repas. Pour favoriser le désir et le plaisir de manger, il sera tenu compte des points suivants :

- les goûts et les habitudes alimentaires des personnes : habitudes horaires, collations, goûts, durée du repas adaptée aux habitudes et aux capacités fonctionnelles, souhait de manger seul ou en groupe... ;
- la participation des personnes volontaires à l'organisation du repas : courses, fabrication des plats, installation du couvert, etc. ;
- le caractère convivial à la fois calme et stimulant du repas : climat familial, choix du voisin de table;
- une présentation agréable des aliments;
- des modalités particulières de prise d'aliments : commencer le repas par le dessert, laisser manger avec les doigts si la personne ne sait plus se servir de couverts, mettre à disposition des aliments en accès libre, de jour comme de nuit, particulièrement ceux pouvant se manger facilement avec les doigts;
- dans tous les cas, les nécessaires adaptations (humaines et/ou techniques) aux capacités fonctionnelles sont prévues : accompagner le geste, se placer face à et à la même hauteur que la personne, lui parler, la regarder, ne pas s'occuper de plusieurs personnes à la fois, adapter les aliments...

- **Maintien des capacités fonctionnelles restantes :**

Chez les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées, la mobilité doit être longtemps préservée et entretenue, pour permettre de ralentir l'évolution vers la dépendance et de participer à la prévention des chutes, des troubles du transit, de l'appétit et du sommeil.

Nous envisageons de mettre en place des ateliers pour maintenir une activité physique quotidienne pour favoriser le maintien de la mobilité physique et donc l'autonomie fonctionnelle: promenade, jardinage, sortie à l'extérieur...

Ces activités seront réalisées par l'animateur et le psychomotricien.

*e. Personnel / Formation :*

Le personnel affecté à l'UHR sera spécifiquement formé à la prise en soin de ce type de pathologie (voir Projet social GPEC).  
Par ailleurs, il semble important de donner à ce lieu une atmosphère proche du domicile. En ce sens il est proposé de n'utiliser des tenues de soins que durant les toilettes le matin et ensuite de revêtir des tenues de ville tout en gardant des tabliers durant les soins.

*f. La place des familles :*

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la résidence est le lieu de vie de la personne et sa famille y est la bienvenue. Aucun horaire de visite ne sera fixé, l'entourage du résident viendra lui rendre visite quand il le souhaite.

Au sein de l'UHR, la présence des familles sera primordiale : elles représentent souvent le dernier repère pour les personnes désorientées. Elles pourront également venir déjeuner avec leurs parents.

Les AS/AMP pourront être amenés à solliciter les familles pour participer à certaines activités.

Ceux-ci pourront en effet représenter un médiateur facilitant la communication entre le résident et sa famille.

La psychologue accompagnera régulièrement les résidents de l'unité mais également les familles. Elle pourra être amenée à les solliciter pour évoquer l'évolution de l'état de santé du résident, mais également les recevoir à leur demande. Elle permettra également aux familles de se situer par rapport à leur rôle d'aidant et de permettre une meilleure compréhension de la pathologie de leurs proches.

Les familles feront partie intégrante de la vie de cette future structure.

**B – Accueil de jour :**

*a. Objectifs de l'unité :*

Le but de l'accueil de jour est de recevoir des personnes âgées de plus de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, de soulager et de soutenir les familles.

L'enjeu est également de permettre aux résidents de maintenir leur acquis et de préparer une éventuelle entrée en institution.

*b. Capacité :*

La capacité de l'accueil de jour est de trois places et pourrait être portée à 6 places. L'accueil se situera au sein de l'UHR. Par ailleurs, une salle dédiée au repos des résidents accueillis a été envisagée (Voir projet architectural).

*c. Admission :*

Le résident et sa famille sont tout d'abord reçus par la direction puis le médecin coordonnateur ou l'IDE référente et la psychologue afin de préparer l'entrée. Une visite au domicile ou au sein de la structure sera systématiquement organisée. Une demi-journée d'adaptation pourrait être proposée ce qui permet une approche en douceur de la vie en institution. L'admission est prononcée par le directeur.

*d. Orientations de l'unité :*

Les orientations de cet accueil seront définies avec le groupe de travail pluridisciplinaire (voir ci-dessus) cependant elles reprendront celles de l'UHR en insistant sur deux thématiques :

▪ **Accompagnement des familles :**

L'aide aux aidants sera un élément essentiel de la vie de cette future unité. En effet, l'équipe soignante mais surtout la psychologue auront un rôle important par rapport à l'aide à apporter aux familles. Le rôle de la psychologue sera notamment de :

- prévenir l'épuisement des aidants,
- aider à la compréhension de la maladie,
- soutenir les familles dans leurs pratiques lors du retour à domicile.

▪ **Valoriser et mobiliser les capacités de la personne accueillie :**

Le but est de permettre à la personne de s'impliquer dans les activités de l'unité. Ainsi, l'intervention de l'ergothérapeute et de la psychomotricienne sera également essentielle notamment pour aider les familles dans leur prise en soin au quotidien.

*e. Journée type :*

9h30 : Arrivée du résident

Accueil autour d'une boisson

10h00 : Participation aux activités de la structure

12h00 : Prise de repas avec les autres résidents

13h00 : Repos

14h30 : Participation aux activités de la structure

17h30 : Départ

Les horaires peuvent être aménagés en fonction des possibilités des familles.

Concernant le transport la solution qui est pour l'instant envisagée est de passer une convention de partenariat avec une société de taxi qui organise le transport des personnes si le lieu de résidence est situé à une distance inférieure ou égale à 10 kms.

Les familles devront apporter les médicaments préparés dans un pilulier ainsi qu'un double de l'ordonnance. Elles devront également fournir les protections et du linge de rechange.

## C – Hébergement temporaire :

*a. Objectifs de l'unité :*

Le but de l'hébergement temporaire est d'accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans et de leur permettre de retrouver une autonomie ou de préparer une éventuelle entrée en institution.

Comme l'accueil de jour, il peut représenter une solution temporaire pour les aidants, tout en assurant une prise en charge de qualité à la personne âgée.

L'accueil temporaire peut être proposé pour une durée maximale de trois mois.

*b. Capacité :*

La capacité de l'hébergement temporaire est de deux places. L'accueil se situera au sein de l'unité d'hébergement permanent.

*c. Admission :*

Le résident et sa famille sont tout d'abord reçus par la direction puis le médecin coordonnateur ou l'IDE référente. Un dossier médical est transmis par le médecin traitant.

*d. Orientations de l'unité :*

Les orientations de cet accueil seront définies avec le groupe de travail pluridisciplinaire (voir ci-dessus) cependant elles reprendront les orientations de l'unité d'hébergement permanent.

## VIII. LE PROJET SOCIAL :

### 8.1 Enjeux et définition du projet social :

Le Projet social repose sur l'implication de l'ensemble du personnel :

La motivation et l'engagement de chacun jouant un rôle important. Plus qu'un simple cadre définissant le rôle de chacun dans l'atteinte des objectifs, le projet social est l'outil de management qui permettra de gérer les ressources humaines de l'établissement dans un rapport gagnant/gagnant. Cette gestion est déclinée à travers :

- ▶ L'adaptation des effectifs à la charge de travail ;
- ▶ L'adaptation de l'organisation du travail ;
- ▶ L'adaptation des qualifications aux modes de prises en charges ;
- ▶ La participation des personnels à la réflexion sur les pratiques, la définition et l'évaluation des objectifs ;
- ▶ L'adaptation de l'outil de travail ;
- ▶ Le soutien psychologique du personnel.

Le projet social a pour objet à la fois : la satisfaction des résidents et des personnels. L'établissement engage une réflexion pour une organisation optimale qui permettrait d'assurer un meilleur accompagnement des résidents dans leur projet de vie personnel et une satisfaction des personnels dans la réalisation de ce service à la personnes âgées.

**Avec quels moyens**

**Attentes et besoins des Personnels**

**Projet Social de l'EHPAD de CUSSAC**

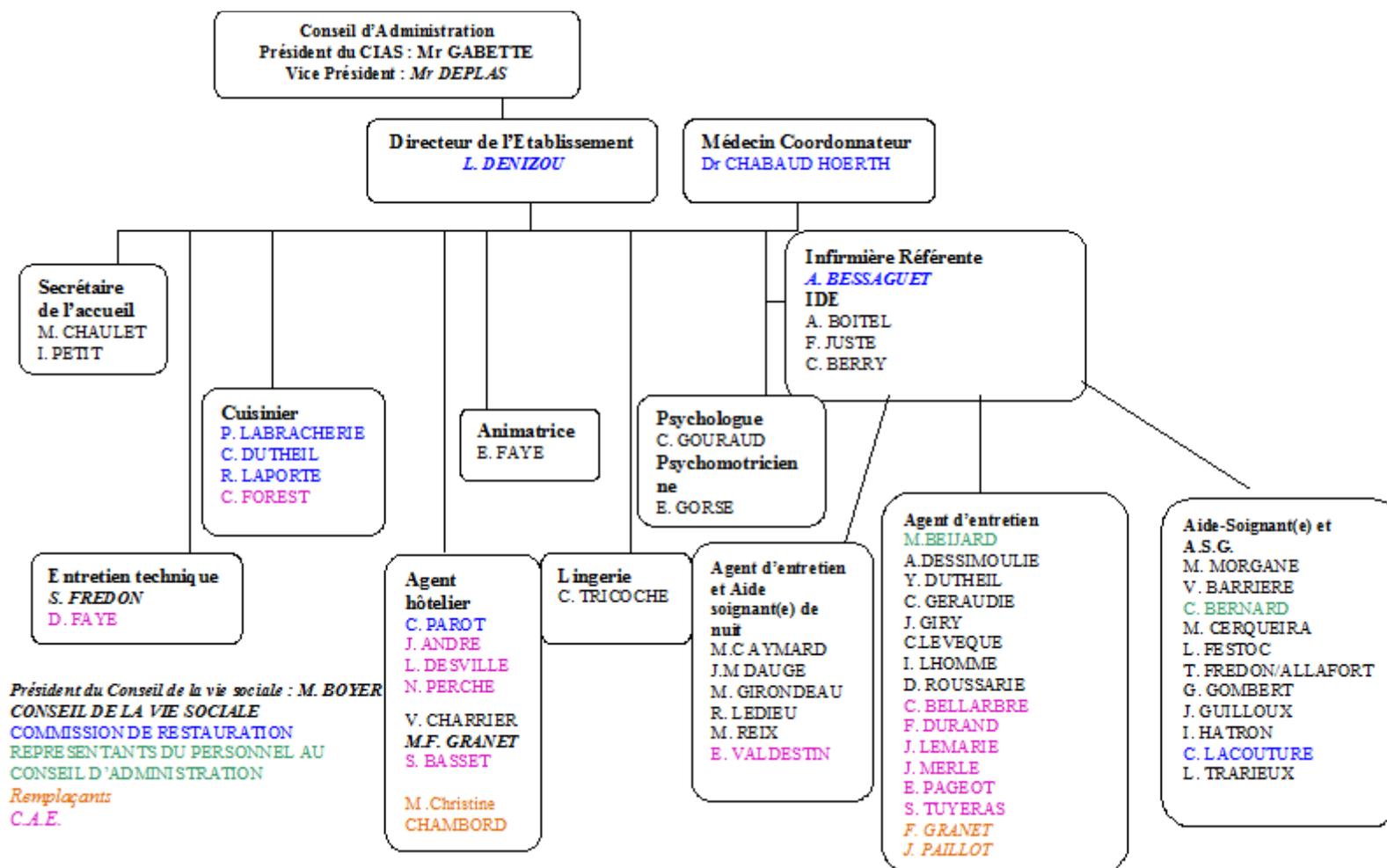
**Avec qui**

**Satisfaction des personnels**

**Indicateurs de pilotages**

**Comment**

8.2 Organigramme de l'établissement :



**8.3 Données sociales :***a. Tableau des effectifs : 2010*

Catégorie de personnel	Temps pleins	Temps partiel	TOTAL	Effectifs physiques
Direction	0	0.76	0.76	1
Administration	0	2.21	2.21	3 (1 non recruté)
Médecin coordonnateur	0	0.20	0.20	1
IDE	4	0	4	4
Auxiliaire de soins	12	0	12	12
Psychologue	0	0.50	0.50	1
Cuisine	0	2.15	2.15	3
Service Technique	1	0	1	1
Animation	0	0.86	0.86	1
Agent de Service	6	5.94	11.94	14
Lingerie	1	0	1	1
Total	24	12.62	36.62	42

*b. Pyramide des ages : 2010*

Moyenne d'âge	- 20 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	+ 60 ans	TOTAL
Nombre		6	7	15	12	1	41
Taux		14.63 %	17.07 %	36.58 %	29.27 %	2.45 %	100 %
Age moyen		24.50	35.71	44.13	54.50	65.00	44.77

*c. Ancienneté : 2010*

Ancienneté	- 1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-19 ans	20-29 ans	+ 30 ans	TOTAL
Nombre	3	7	9	12	10	0	41
Taux	7.32 %	17.07 %	21.95 %	29.27 %	24.39 %	0	100.00 %

*d. Absentéisme : 2010*

	Nbr agents absents	Nbr arrêts	Nbr jours d'arrêts	Taux d'absentéisme
Maladie ordinaire	15	31	277	5.06 %
Accident de travail	3	12	113	10.31 %
Longue maladie	0	0	0	0
Mi-temps thérapeutique	1		47	12.87 %
Maladie professionnelle	2	21	638	87.39 %
Maternité	2	2	265	36.30 %
Autorisation d'absence				
Maladie longue durée	1	12	365	100.00 %
Congés pathologiques	1	1	32	8.76 %
Total	25	79	1737	19.03 %

**8.4 Besoins en personnel :**

Compte tenu des exigences de qualité et du projet d'établissement les besoins en personnel vont augmenter. Afin, de les quantifier au mieux une étude de besoin a été réalisée :

*a. Administration :*

Compte tenu des besoins identifiés lors de la rédaction du projet d'établissement, le recrutement d'un qualicien a temps complet est indispensable.

*b. Cuisine/Logistique :*

Le développement de la qualité des repas, la réalisation de repas à texture modifiée la mise en place du PMS et les besoins que cela va engendrer vont demander l'augmentation des effectifs d'un équivalent temps plein.

*c. Equipe soignante :*

- *Infirmières :*

*Objectifs par rapport au Projet d'Etablissement :*

*2 IDE le matin*

*1 IDE l'après midi*

*Calcul de besoins totaux :*

*= 3 pers/jour*

*7.5 heures/salarié*

*22.5 heures pour l'équipe/jour*

*157.5 heures/semaines*

**soit 4.5 ETP**

*Pour les remplacements des congés annuels :*

*6 semaines par salarié*

*225 heures non travaillées par an*

*1012.5 heures non travaillées pour 4.5 ETP*

*1610 heures travaillées par ETP*

**soit 0.62 ETP**

**Besoin TOTAL :**

**5.12 ETP**

A cet effectif il faut ajouter un temps complet pour l'infirmière référente soit un total de 6.12 ETP.

- *Aide soignant/AMP :*

*Objectifs par rapport au Projet d'Etablissement :*

*5 AS/AMP le matin*

*3 AS/AMP l'après midi*

*Calcul de besoins totaux :*

*= 8 pers/jour*

*7.5 heures/salarié*

*60 heures pour l'équipe/jour*

*420 heures/semaines*

**soit 12 ETP**

*Pour les remplacements des congés annuels :*

*6 semaines par salarié*

*225 heures non travaillées par an*

2700 heures non travaillées pour 12 ETP  
1610 heures travaillées par ETP

**soit 1.68 ETP**

**Besoin TOTAL :**

**13.68 ETP**

- Agents soin jour

3 Agents le matin

2 Agents l'après midi

Calcul de besoins totaux :

= 5 pers/jour  
7.5 heures/salarié  
37.5 heures pour l'équipe/jour  
262.5 heures/semaines

**soit 7.5 ETP**

Pour les remplacements des congés annuels :

6 semaines par salarié  
225 heures non travaillées par an  
1687.5 heures non travaillées pour 7.5 ETP  
1610 heures travaillées par ETP

**soit 1 ETP**

**Besoin TOTAL :**

**8.5 ETP**

- Agents entretien des locaux

3 Agents

Calcul de besoins totaux :

= 3 pers/jour  
7.5 heures/salarié  
22.5 heures pour l'équipe/jour  
157.5 heures/semaines

**soit 4.5 ETP**

Pour les remplacements des congés annuels :

6 semaines par salarié  
225 heures non travaillées par an  
787.5 heures non travaillées pour 3.5 ETP  
1610 heures travaillées par ETP

**soit 0.49 ETP**

**Besoin TOTAL :**

**4.99 ETP**

- Aide soignant nuit

1 Aide soignant
-----------------

Calcul de besoins totaux :

= 1 pers/jour  
 10 heures/salarié  
 10 heures pour l'équipe/jour  
 70 heures/semaines

**soit 2 ETP**

Pour les remplacements des congés annuels :

6 semaines par salarié  
 210 heures non travaillées par an  
 420 heures non travaillées pour 2 ETP  
 1610 heures travaillées par ETP

**Soit 0.26 ETP**

**Besoin TOTAL :**

**2.26 ETP**

- Agent soin nuit

1 Agent de soin
-----------------

Calcul de besoins totaux :

= 1 pers/jour  
 8 heures/salarié  
 8 heures pour l'équipe/jour  
 56 heures/semaines

**soit 1.6 ETP**

Pour les remplacements des congés annuels :

6 semaines par salarié  
 210 heures non travaillées par an  
 336 heures non travaillées pour 1.6 ETP  
 1610 heures travaillées par ETP

**soit 0.21 ETP**

**Besoin TOTAL :**

**1.81 ETP**

- *Agent hôtellerie*

2 Agents le matin  
2 Agents l'après midi

Calcul de besoins totaux :

= 4 pers/jour  
7 heures/salarié  
28 heures pour l'équipe/jour  
196 heures/semaines

**soit 5.6 ETP**

Pour les remplacements des congés annuels :

6 semaines par salarié  
210 heures non travaillées par an  
1176 heures non travaillées pour 5.6 ETP  
1610 heures travaillées par ETP

**soit 0.73 ETP**

**Besoin TOTAL :**

**6.3 ETP**

d. *Prise en soin spécifique :*

- *Aide soignant/AMP :*

Objectifs par rapport au Projet d'Etablissement :  
3AS/AMP/ASG le matin  
2 AS/AMP l'après midi

Calcul de besoins totaux :

= 5 pers/jour  
7.5 heures/salarié  
37.55 heures pour l'équipe/jour  
262.5 heures/semaines

**soit 7.5 ETP**

Pour les remplacements des congés annuels :

6 semaines par salarié  
225 heures non travaillées par an  
1687.5 heures non travaillées pour 7 ETP  
1610 heures travaillées par ETP

**soit 1 ETP**

**Besoin TOTAL :**

**8.5 ETP**

- *Agents entretien des locaux*

1 Agent

*Calcul de besoins totaux :*

= 1 pers/jour  
 7.5 heures/salarié  
 7.5 heures pour l'équipe/jour  
 70 heures/semaines

**soit 1.5 ETP**

*Pour les remplacements des congés annuels :*

6 semaines par salarié  
 225 heures non travaillées par an  
 337.5 heures non travaillées pour 1.5ETP  
 1610 heures travaillées par ETP

**soit 0.20 ETP**

**Besoin TOTAL :**

**1.70 ETP**

- *Agent soin nuit*

1 Agent de soin

*Calcul de besoins totaux :*

= 1 pers/jour  
 10 heures/salarié  
 10 heures pour l'équipe/jour  
 70 heures/semaines

**soit 2 ETP**

*Pour les remplacements des congés annuels :*

6 semaines par salarié  
 210 heures non travaillées par an  
 420 heures non travaillées pour 1.6 ETP  
 1610 heures travaillées par ETP

**soit 0.26 ETP**

**Besoin TOTAL :**

**2.26 ETP**

## 8.5 Management des ressources humaines :

### a. *Ecoute du personnel :*

Les représentants du personnel sont reçus tous les trimestres par le Directeur de l'établissement.

Des réunions d'informations sont organisées deux à trois fois par an.

Cependant, afin de développer l'esprit d'équipe et le bien être au travail il pourrait être intéressant de créer des groupes de paroles animés par une personne extérieure.

### b. *Accueil et suivi du personnel :*

#### • *Recrutement :*

Les recrutements sont gérés par le Directeur après avis de la commission de recrutement.

#### • *Accueil :*

L'accueil des nouveaux membres du personnel donne lieu à une visite de l'établissement, une présentation du poste et la remise de divers documents : fiche de poste, règlement intérieur, livret d'accueil des résidents.

#### • *Stagiaire :*

Conformément à la politique institutionnel l'établissement constitue un lieu de stage pour de nombreux élèves. L'encadrement des stagiaires est confié à l'infirmière référente. Il n'existe pas de livret d'accueil des stagiaires.

#### • *Evaluation du personnel*

Les entretiens professionnels sont réalisés annuellement par le Directeur. Afin, de préparer ses entretiens un guide de préparation est fourni à chaque membre de l'équipe. Ces derniers constituent un puissant outil de management et permettent de faire un bilan individuel de la situation des agents.

### c. *Formation :*

L'établissement déploie une politique de formation soutenue. Au delà des formations internes qui peuvent être réalisés par la psychologue et le médecin coordonnateur, la discussion des protocoles constitue également un temps d'échange important.

A titre d'exemple les formations réalisées en 2010 ont été les suivantes :

THEMES	Nbr jours effectués	Nbr agents présents	Nbr journées/agents
Hygiène buco-dentaire des PA au quotidien	2	2	1
Etre aide soignant professionnel d'aujourd'hui, de demain	3	1	3
La présentation des plats en établissement pour PA	6	3	2
Recyclage électrique BOHO	1	1	1
Sauveteur secouriste du travail	2	1	2
Transmissions ciblées	6 2	3 2	2 1
Prise en charge de la douleur chez la PA	14	7	2
La manutention	8	4	2
Stress, violence et agressivité dans la prise en charge de la PA	8	2	4
La maladie d'alzheimer et autres démences	8	2	4
La sexualité des PA	6	2	3
Développer la bientraitance en institution	18 16	9 8	2 2
Accompagnement du malade alzheimer	6	2	3
Recyclage SSIAP 1	2	1	2
Total	108	50	36

La formation est un élément essentiel de la politique ressources humaines de la structure. L'identification des formations se fait lors des entretiens professionnels ou à la demande de

l'agent. L'établissement souhaiterait développer cette politique mais de nombreux freins existent :

- Manque de moyens pour financer les formations,
- Manque de crédits pour financer le remplacement du personnel absent,
- Formations proposées par le CNFPT, trop restrictives.

*d. Risques professionnels :*

Le document unique n'existe pas dans l'établissement ce qui constitue une priorité pour la structure.

Les orientations de l'établissement **au titre des ressources humaines** sont les suivantes :

- ⇒ Mettre en place un livret d'accueil
- ⇒ Mettre en place des groupes de parole
- ⇒ Réorganisation et augmentation du temps de travail pour réaliser plus de douches et mettre en place les projets de vie personnalisés
- ⇒ Augmentation des crédits pour les remplacements
- ⇒ Augmentation des moyens afin de développer la politique de formation
- ⇒ Réaliser le document unique sur les risques professionnels

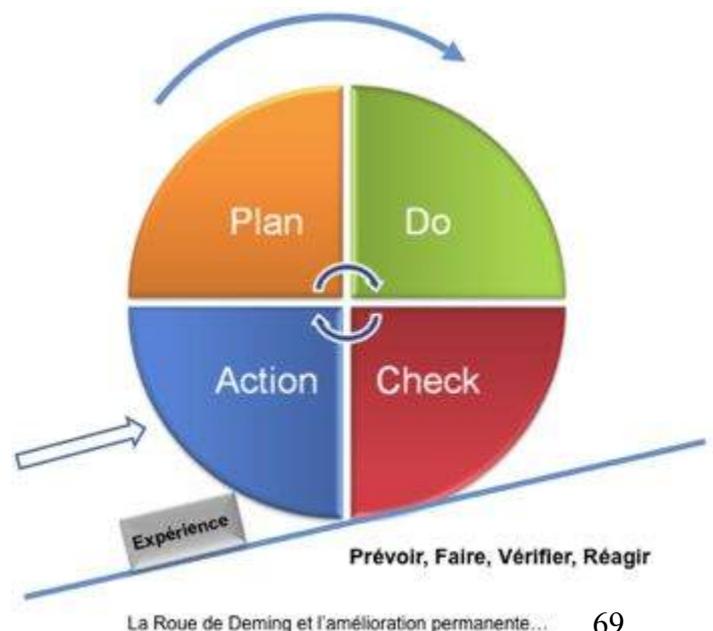
## IX. LE PROJET QUALITÉ :

### 9.1 Enjeux du projet qualité :

La politique qualité et les objectifs qualité sont établis pour fournir un axe d'orientation à l'établissement. Ensemble, ils déterminent les résultats escomptés et soutiennent l'établissement dans la mise en oeuvre des ressources permettant d'atteindre ces résultats. La politique qualité fournit un cadre permettant d'établir et de revoir les objectifs qualité. Il est nécessaire que les objectifs qualité soient cohérents avec la politique qualité et avec l'engagement pour l'amélioration continue et que les résultats soient mesurables. La réalisation des objectifs a un impact positif sur la qualité des services et prestations rendus, l'efficacité opérationnelle et financière et donc sur la satisfaction et la confiance des parties intéressées : résidents, familles et personnels de l'établissement.

La roue de Deming est une illustration de la méthode de gestion de la qualité PDCA (Plan – Do – Check – Act). La méthode comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre, et vise à établir un cercle vertueux. Sa mise en place doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité d'un produit, d'une oeuvre, d'un service...

La qualité résulte d'une dynamique, d'un système qui se nourrit de nos défaillances pour nous guider vers l'amélioration continue. La roue de Deming



ou PDCA est une illustration parfaite d'amélioration constante et progressive de la qualité. C'est au travers de ce cycle vertueux de la qualité que notre système nous permet de nous améliorer en continu, avec pour point de mire l'excellence. L'objectif recherché est que le résident soit chaque jour, s'il ne l'est pas encore, de plus en plus satisfait de la prestation que nous lui offrons.

### 9.2 Définition du projet qualité :

Le projet qualité définit les orientations de la structure en termes d'amélioration de la prestation de service fourni aux résidents.

### 9.3 Organisation de la démarche qualité :

La démarche est actuellement menée par un groupe qualité qui joue le rôle de COPIL. Ce groupe est composé des professionnels suivants : Directeur, Médecin coordonnateur, Infirmière référente, Aide soignant, agents.

L'établissement souhaite développer sa politique qualité notamment dans le sens de la gestion des risques a priori et de l'évaluation de la qualité de la prestation.

Cependant, nous ne disposons pas à l'heure actuelle d'un poste de qualicien. Ce poste s'avère indispensable car la mise en place d'une démarche qualité génère ses propres besoins (gestion documentaire, mise en place et suivi d'indicateurs, préparation et restitution des groupes de travail). A ce jour l'établissement ne dispose pas d'un responsable qualité, sans ce recrutement la démarche ne pourra pas avancer.

### 9.4 Gestion documentaire :

A l'heure actuelle, la gestion documentaire ne concerne que les protocoles qui font l'objet d'une traçabilité par le biais d'une bibliothèque qualité, il en est de même pour le Plan de Maîtrise Sanitaire.

La mise en place d'une procédure interne d'archivage semble une nécessité.

La Direction diffuse régulièrement des recommandations de bonnes pratiques.

### 9.5 Evaluation interne et externe :

Les procédures d'évaluation sont des outils indispensables à l'amélioration continue de la qualité. Ainsi, un groupe de travail qualité est constitué, il est composé de différents membres du personnel.

#### *a. Evaluation interne :*

L'évaluation interne a été réalisée par le groupe de travail qualité en 2009 avec l'aide du référentiel Angélique. Cette dernière a donné lieu à un Plan d'Action Qualité qui arrivera à terme en 2014. Cette évaluation a également servi de base à la rédaction de ce projet d'établissement. Ainsi, une nouvelle évaluation est prévue en 2014.

*b. Evaluation externe :*

L'évaluation externe n'a pas été réalisée à l'heure actuelle. Compte tenu du projet de restructuration et d'agrandissement en cours, il nous a semblé opportun de ne réaliser cette évaluation qu'en 2015. Ce délai permettrait également de réaliser l'évaluation interne en amont.

### **9.6 Gestion des risques :**

*a. Gestion des événements indésirables :*

Le signalement d'un événement indésirable répond à la première exigence de mise en oeuvre d'une démarche de gestion des risques. Il permet l'identification des risques. Une fiche d'évènement indésirable est mise en place au sein de l'établissement, cette dernière permet de recenser l'ensemble des dysfonctionnements de l'établissement. Cependant, aucune analyse mensuelle et annuelle de ces événements n'est réalisée.

De même, un cahier de recensement des dysfonctionnements de matériel est mis à disposition des équipes.

Enfin, les plaintes sont traitées au cas par cas.

*b. Sécurité incendie :*

L'établissement dispose d'un agent ayant un SSIAP 1, ce dernier est désigné comme le responsable de la sécurité incendie.

Dans le cadre du parcours d'intégration chaque agent doit rencontrer le SSIAP afin que ce dernier puisse transmettre les consignes à suivre en cas d'incendie.

Une formation est dispensée tous les ans par un organisme extérieur.

*c. Hygiène et prévention des infections nosocomiales :*

Des protocoles concernant la gestion d'une épidémie ou un Accident d'Exposition au sang sont rédigés et appliqués. Afin, de développer cet aspect de la politique qualité de l'établissement ce dernier envisage de recruter une infirmière hygiéniste.

*d. Bienveillance :*

L'ensemble du personnel a été sollicité sur le sujet de la bienveillance en 2010. En effet, la psychologue a réuni tous les professionnels de la structure.

A la suite de cette formation, une deuxième session de deux jours a été proposée à une grande partie de l'équipe soignante. Cette démarche va se poursuivre dans le temps.

En complément un groupe de travail bienveillance va également être constitué, il servira à la fois de groupe de travail et de groupe de vigilance.

De même l'établissement souhaite mettre en place la philosophie de soin humanité afin de développer une attitude bienveillante.

Par ailleurs, beaucoup d'autres formations suivies au sein de l'établissement concourent à la bienveillance : projet de vie individualisé, accompagnement du malade Alzheimer...

Enfin, la base de la politique de bienveillance de l'établissement repose également sur les diverses activités mises en place, l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur...

*e. Légionelle :*

L'établissement souhaite développer sa politique de maîtrise de gestion du risque légionelle. En ce sens, l'ensemble des réseaux d'eau vont être changés. De même, le responsable technique de l'établissement va suivre plusieurs formations sur ce sujet.

Un carnet sanitaire a été mis en place et des relevés de températures sont régulièrement réalisés. Une procédure de gestion de crise et de démarche préventive est actuellement en cours de rédaction.

Enfin, des analyses d'eau sont réalisées deux fois par an.

*f. HACCP :*

Le service de restauration de l'établissement produit les repas selon la démarche HACCP.

L'HACCP est avant tout une méthode, un outil de travail, mais n'est pas une norme. Elle peut être considérée comme un système de gestion. L'HACCP est donc un système qui identifie, évalue et maîtrise les dangers significatifs au regard de la sécurité des aliments.

Ainsi, les relevés de températures des plats et des réfrigérateurs sont assurés et tracés périodiquement et des prélèvements de surface sont réalisés par une société spécialisée. L'établissement souhaite revoir son Plan de Maîtrise Sanitaire avec l'appui du réseau LINUT.

*g. RABC :*

L'établissement a mis en place un plan de désinfection du matériel en collaboration avec le service lingerie. Cependant, nous souhaitons développer une démarche RABC. En ce sens, nous souhaitons étendre les compétences de la lingère sur cette thématique par le biais de la formation.

De même, le recrutement d'une infirmière hygiéniste (en collaboration avec un centre hospitalier voisin) afin de nous accompagner dans cette démarche est une nécessité.

*h. Plan Bleu :*

Le plan Bleu est mis en place au sein de l'établissement. Ainsi, des mesures de prévention en cas de fortes chaleurs sont décrites. De même, une équipe de gestion de crise est constituée.

*i. Hygiène des locaux :*

Les actions d'entretien sont réalisées à périodicité définie, l'organisation des équipes d'entretien est formalisée. Un horaire spécifique est dédié chaque jour au nettoyage des locaux et à la gestion des stocks de produits et de matériels. Les actions d'entretien font l'objet d'une traçabilité respectée. Nous envisageons à terme de réaliser cette traçabilité par le biais d'un logiciel de gestion. De même, nous souhaitons rédiger nos propres protocoles.

De plus, la gestion des déchets est organisée mais ne fait pas l'objet d'un protocole appliqué et connu de tous. Le tri sélectif est effectué en interne : les déchets contaminés sont stockés dans un local et évacués par une société extérieure. Cependant, le local de stockage des Déchets d'Activité de Soins à Risque infectieux (DASRI) n'étant pas adapté, nous envisageons d'en créer un nouveau.

Les orientations de l'établissement **au titre de la démarche qualité** sont les suivantes :

- ⇒ Réalisation de l'évaluation externe
- ⇒ Mise en place de la gestion documentaire
- ⇒ Mise aux normes du bâtiment : local DASRI, réseau d'eau
- ⇒ Mise en place d'une gestion des risques à priori
- ⇒ Réalisation et suivi d'indicateurs
- ⇒ Développement des démarches RABC et HACCP
- ⇒ Recrutement d'une infirmière hygiéniste
- ⇒ **Recrutement d'un qualicien**

## **X. LE PROJET ARCHITECTURAL :**

Dans le cadre de son projet d'établissement et d'une réflexion autour du devenir du Foyer Logements, la Résidence « Dins Lou Pelou » de Cussac a engagé une phase de faisabilité et de pré-programmation d'un projet de restructuration / construction (réalisée par le cabinet CMCI), de ses locaux en 2005.

Cette étude s'est orientée sur la section E.H.P.A.D., la restructuration des bâtiments du Foyer Logements étant réputée trop onéreuse, les lits de ce dernier feront effectivement l'objet d'une construction nouvelle attenante donc au volet E.H.P.A.D. dans un souci de dynamique globale.

L'E.H.P.A.D. de Cussac a donc sollicité une autorisation de création de places et a reçu un avis favorable du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) lors de sa réunion du 21 octobre 2005.

En décembre 2006, la Mission Régionale d'Expertise Economique et Financière (MEEF) a validé la réalisation de ce projet.

En octobre 2007, la SOMIVAL a été choisie en tant que Maître d'Ouvrage Délégué.

En décembre 2009, le cabinet BVL a été retenu en tant qu'architecte.

La capacité actuelle de l'établissement est de 66 lits E.H.P.A.D. et 18 Foyer Logements, quant à celle future, elle est portée à: 69 lits d'E.H.P.A.D. dont 3 lits d'hébergement temporaire + 15 lits d'U.H.R. avec 3 places d'accueil de jour soit 84 lits. Il est évident que l'une des orientations travaillées par l'établissement repose sur la création d'1 UHR de 15 lits (Unité d'Hébergement Renforcée) + 3 places d'accueil de jour.

Les travaux sont prévus de juillet 2011 à juillet 2013, le montant de l'enveloppe globale est de 5 501 365 euros TTC.

Pour appréhender l'organisation fonctionnelle future, ainsi que le cadre architectural des différents espaces de vie, l'établissement a donc élaboré un projet de vie gérontologique définissant les différents atouts pour la qualité de vie des résidents. De même, l'ensemble du projet est piloté en étroite collaboration avec le personnel de l'établissement.

### **10.1 Principes de conception architecturale et fonctionnelle**

La nouvelle construction s'implante perpendiculairement au volume principal existant, en harmonie avec le tissu urbain environnant.

Les services communs à l'ensemble de l'E.H.P.A.D. seront aménagés, dans la mesure du possible, autour de cette jonction bâtiment ancien / bâtiment neuf, au cœur donc de l'ensemble de la maison de retraite, de façon à réduire les déplacements du personnel encadrant.

Le nouvel E.H.P.A.D. Dins Lou Pelou s'organise donc en 3 ailes d'hébergement rayonnant autour d'un cœur, lieu de vie commune.

L'UHR, avec sa nécessaire ouverture sur un jardin extérieur, occupe le rez-de-chaussée bas de la nouvelle construction, les 2 autres niveaux de cette construction, abritent donc l'extension des unités 1 et 2 d'hébergement.

Ces 2 unités rayonnent autour des salles de restauration, lieu de vie majeur rythmant la vie des résidents, qui s'implantent en partie centrale.

Pour un fonctionnement optimisé, les services généraux et l'office se regroupent en continuité des salles de restauration, dans le cadre d'un axe vertical de logistique.

Le pôle médical, autre lieu de vie commun à tous les résidents, positionné lui aussi au cœur de ces 3 ailes, est aménagé en lieu et place de l'actuel. Il est ainsi aisément accessible des 3 niveaux d'hébergement, de l'accueil, de l'administration et de l'extérieur par le biais d'une entrée à l'ouest qui lui est propre.

L'administration légèrement réorganisée est contigüe à l'entrée.

La vie collective se positionne en continuité de la zone d'accueil. Salle polyvalente, boutique, coiffeur, salon, sont organisés autour du hall d'entrée et sont accessibles par l'ensemble des chambres depuis les circulations verticales et horizontales.

Conditionnée par un souci de fonctionnement général, de circulations optimisées et de vie judicieusement répartie dans l'ensemble de la structure, ce projet se caractérise par une nouvelle harmonie générale au bénéfice des résidents et utilisateurs.

Il s'intègre dans la géographie urbaine de Cussac, au travers de son image moderne et respectueuse de l'environnement.

## 10.2 Aménagement des espaces

**Le projet de restructuration a pour objectif** d'améliorer la qualité des lieux de vie collectifs et privatifs de la structure.

Les lieux de vie privatifs ne sont à l'heure actuelle pas adaptés. En effet, nous ne disposons pas de douches dans chaque chambre, ainsi le projet intègre la création de douches individuelles permettant d'augmenter la fréquence de ces dernières et de créer un espace propre à chaque résident.

Concernant les lieux collectifs, la restructuration prévoit la mise en place d'un pôle soin central qui n'existe pas.

La mise aux normes de la lingerie est également incluse dans le projet.

La création d'un pôle animation unique comprenant une salle d'animation, un coin cuisine, un salon de coiffure a été intégré.

**Le projet d'extension a pour ambition** de créer des espaces de vie agréables, de diversifier les types de prise en charges et d'ouvrir un espace dédié à la maladie d'Alzheimer.

Le projet prévoit la création de chambres d'environ 20 m<sup>2</sup> adaptées aux personnes à mobilité réduite.

La cuisine située à côté de l'espace Alzheimer communique avec les offices d'étages, via un monte charge spécifique.

Les deux unités d'hébergement s'articulent autour de salles de restauration, lieux de vie majeurs. Pierres angulaires de ce projet, ces salles, souhaitées conviviales, largement ouvertes sur l'extérieur (vitrages et terrasse) s'implantent dans la nouvelle construction, au plus près du bâtiment existant dans les niveaux du rez de chaussée haut et du niveau 1. Ainsi implantées, elles sont aisément et rapidement accessibles sur l'ensemble des chambres et salons. Ces dernières permettront d'une part une plus grande surveillance des résidents lors des repas mais également le maintien d'une autonomie physique en permettant à chaque résident valide d'aller en salle à manger seul ou avec une aide à la marche.

De plus, trois chambres seront réservées à l'hébergement temporaire et un salon d'accueil de jour sera créé.

Enfin, l'extension comprend l'ouverture d'une UHR dédié à la prise en charge des pathologies démentes de type Alzheimer. Cette aile comprendra 15 chambres, une salle à vivre, un salon d'accueil de jour, un salon des familles, des locaux de soin. La salle à vivre permettra de développer des activités thérapeutiques dans un espace convivial.

Le salon des familles servira d'espace privé, lieu de rencontre pour les résidents et leurs proches.

Cette zone sera sécurisée et permettra aux personnes de se déplacer librement tout en évitant le risque de fugue.

De plus, elle donnera sur un jardin thérapeutique qui permettra aux résidents de sortir au gré de leurs envies.



## CONCLUSION

Ce projet d'établissement est le fruit d'un travail en équipe pluridisciplinaire qui aura duré plus d'une année. Il aura permis à l'équipe de la résidence de prendre le temps de s'interroger sur ses valeurs et ses pratiques.

Les E.H.P.A.D. sont en pleine évolution, les personnes accueillies à l'ouverture de la résidence ne ressemblent plus du tout à celles que nous accueillons aujourd'hui ni certainement à celles que nous accueillerons demain.

De plus en plus âgés, de plus en plus fragiles, les résidents que nous recevons aujourd'hui ont besoin d'une prise en charge individualisée qui tienne compte de leurs habitudes, de leur entourage, de leurs pathologies....

Malgré tout, si nos structures deviennent chaque jour davantage des lieux de soin où l'on prend en charge des résidents poly-pathologiques, il est important de privilégier le lieu de vie dans tous ses aspects afin de ne pas occulter l'accompagnement humain et psychologique.

Les familles ont par ailleurs une place importante et privilégiée au sein de la structure : elles représentent le lien entre la vie passée et la vie actuelle du résident. Le résident est ici chez lui et ses proches sont les bienvenus à toute heure.

La résidence de Cussac est aussi un lieu ouvert sur l'extérieur, en interaction constante avec la Communauté de communes, ses associations, son école... La structure est pleine de vie et se nourrit d'interactions entre les différentes générations, loin de l'image des hospices d'antan.

La professionnalisation des soignants par des formations qualifiantes ou diplômantes permet une amélioration notable des pratiques. La méthodologie de soins de Humanitude doit nous permettre d'envisager autrement la prise en charge de la personne âgée, plus particulièrement celle de la personne âgée atteinte de pathologie démentielle.

Un sentiment de satisfaction générale est ressorti de ce groupe de travail.

Il a permis à l'équipe de s'approprier les objectifs du projet d'établissement et de se sentir ainsi plus investie et reconnue dans la vie de la structure.

La Direction fera le point sur l'avancement du projet d'établissement, pour que ce document ne soit pas qu'une réponse à une obligation réglementaire mais bien un outil d'amélioration permanente de la qualité...

*« Nous sommes profondément des êtres de relations. Et nous sommes ainsi, parfois, des témoins essentiels : ceux auxquels un homme vieux peut vouloir transmettre une part de son histoire, de ses émotions, de ses doutes ou de ses convictions.*

*Accueillir cette parole, d'être humain à être humain, est l'une des manières concrètes de partager notre Humanitude ».*

*Yves Gineste/Jérôme Pellissier*